

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

**Considérations sur le Diagnostic
précoce du Cancer
Recto-Sigmoïdien
à propos de 33 Observations**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier, le 4 FÉVRIER 1939

par **JALABERT Charles**

né à SAINT-AIMÉ (Algérie), le 9 Septembre 1914

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

MM. **GIRAUD**, Professeur, **Président**.
ETIENNE, Professeur
BAUMEL, Agrégé
ROUX, Agrégé

Assesseurs

Ateliers Bruquier

— N I M E S —



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0099

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 22

■■■■■■■■■■

**Considérations sur le Diagnostic
précoce du Cancer
Recto-Sigmoïdien
à propos de 33 Observations**

■■■■■■■■■■

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier, le 4 FÉVRIER 1939

par **JALABERT Charles**

né à SAINT-AIMÉ (Algérie), le 9 Septembre 1914

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

■■■■■■■■■■

Examineurs de la Thèse	}	MM. GIRAUD , Professeur, Président .	{	Assesseurs
		ETIENNE , Professeur		
		BAUMEL , Agrégé		
		ROUX , Agrégé		

Ateliers Bruquier

— N I M E S —

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie
 Histologie
 Physiologie
 Chimie biologique médicale et toxicologie
 Physique médicale
 Anatomie pathologique
 Microbiologie
 Pathologie et thérapeutique générales
 Thérapeutique et matière médicale
 Hydrologie thérapeutique et climatologie
 Hygiène
 Médecine légale et médecine sociale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 Clinique médicale

Clinique chirurgicale

Clinique obstétricale
 Clinique des maladies mentales et nerveuses ..
 Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1^{er} âge
 Clinique de dermatosyphiligraphie
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie ..
 Clinique des maladies des voies urinaires
 Clinique gynécologique
 Clinique ophtalmologique
 Clinique d'oto-rhino-laryngologie-maxillo-faciale
 Radiologie
 Anatomie (Ch. de c.)
 Histologie (Ch. de c.)

MM.

J. DELMAS
 TURCHINI
 L. HEDON
 CRISTOL
 PECH
 GRYNFELTT
 LISBONNE
 PAGES
 BOUDET
 PUECH
 CARRIEU
 VIDAL J.
 BOULET
 GIRAUD
 RIMBAUD
 MASSABUAU ass.
 RICHE
 P. DELMAS
 EUZIERE, doyen
 N...
 MARGAROT
 ETIENNE
 JEANBRAU
 LAPEYRE
 DEJEAN
 TERRACOL
 LAMARQUE
 LAUX
 GRANEL

Honorariat

Préfesseurs honoraires

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS,
 CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD

Chargés de cours complémentaires

Histoire Naturelle Médicale
 Pathologie médicale et clinique propédeutique
 médicale
 Clinique propédeutique médicale
 Clinique des maladies contagieuses
 Clinique phthisiologique
 Chirurgie expérimentale
 Pathologie externe
 Médecine opératoire
 Accouchements
 Stomatologie

MM.

HARANT, Dr.
 BAUMEL, agr.
 P. RIMBAUD, agr.
 JANBON, agr.
 VIDAL, prof.
 GUIBAL, agr.
 MOURGUE-MOLINES, agr.
 ROUX, agr.
 N...
 FERRIER, Dr.

Agrégés en exercice

MM.
 Médecine { JANBON
 BAUMEL
 P. RIMBAUD
 BOUCOMONT, ch. d'agr
 LAFON, ch. d'agr.

MM.
 Chirurgie { AIMES
 MOURGUE-MOLINES
 GUIBAL
 ROUX
 Bactériologie CARPÈRE
 Chimie ... MONNIER, ch. d'agr.

Examinateurs de la thèse

MM. GIRAUD, Prof. Président
 ETIENNE, Prof.

MM. BAUMEL, agrégé.
 ROUX, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS



AU MAITRE

*dont nous avons eu l'honneur de suivre,
durant toutes nos études, l'enseignement
clinique et théorique*

NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GIRAUD

Chevalier de la Légion d'Honneur

*en signe de profonde admiration et de
respectueuse reconnaissance.*

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Témoignage de vive et respectueuse gratitude.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE J. BAUMEL

*qui nous a inspiré le sujet de ce travail et nous
a aidé de ses conseils.*

*Qu'il veuille bien accepter ici avec nos
remerciements, toute notre reconnaissance et
notre gratitude pour avoir eu l'honneur d'être
son élève, d'avoir profité de ses leçons, et pour
toute la bienveillance dont il a fait preuve à
notre égard.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGE ROUX

Chevalier de la Légion d'Honneur

Hommage respectueux et reconnaissant.

INTRODUCTION

« Le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien ne paraît pas avoir bénéficié des progrès accomplis dans les moyens d'exploration du tube digestif.

« Pour paradoxal que puisse passer cette affirmation, quand il s'agit d'une des localisations les plus accessibles à l'exploration directe endoscopique, elle s'impose à tous les médecins, à qui leurs spécialisations conduisent un nombre élevé de malades atteint de cancer recto-sigmoïdien ».

Cette constatation du docteur Gaston DURAND, jointe aux observations que nous signalons, nous ont incité à faire ce travail, dont l'objet et le but nous semblent nettement exprimés dans le titre.

L'objet est le cancer de la charnière recto-sigmoïdienne.

Le but n'est pas de faire une étude complète de ce cancer, mais de montrer aux praticiens, que celui-ci, d'une assez grande fréquence, comme le prouvent les statistiques des chirurgiens, est généralement diagnostiqué trop tardivement, à un stade au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Aussi voulons-nous essayer de mettre en vedette, les signes que nous croyons les plus caractéristiques, à partir de 30 observations, dues à l'obligeance de M. le professeur BAUMEL, qui a bien voulu nous les choisir dans sa collection privée et nous autoriser à en faire état dans notre travail.

Ne nous attendons pas à trouver des diagnostics précoces. Il n'y en a aucun. Et c'est pour cette raison que nous avons voulu rechercher les motifs pour lesquels de pareils malades sont confiés aussi tardivement au spécialiste.

A vouloir montrer les erreurs commises en pratique, à ce que l'on doit faire pour les éviter, se borne notre étude.

De là découlera notre plan; après quelques généralités rappelant les principales notions inhérentes à ce cancer, nous exposerons nos observations. De leur lecture, nous déduirons les causes de ce retard de diagnostic et nous montrerons comment par un examen complet et bien ordonné il serait possible d'arriver à de meilleurs résultats.

PREMIERE PARTIE.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES

Il nous a semblé intéressant, avant d'aborder notre sujet, de donner un aperçu général sur la charnière du rectum à l'état normal, et sur le cancer qui s'y développe, en insistant surtout sur l'étiologie de cette affection.

ANATOMIQUEMENT, le rectum prend naissance là où cesse le méso-côlon, c'est-à-dire à la face antérieure de la troisième vertèbre sacrée. A ce niveau cesse l'anse sigmoïde, plus ou moins mobile. A leur point de jonction se trouve une plicature ; c'est à cet angle et aux quelques centimètres qui le précèdent et le suivent que nous donnons le nom de charnière recto-sigmoïdienne. De volume constant jusqu'à lui l'intestin va se dilater et former l'ampoule rectale. Le diamètre augmente sur le versant rectal. Cette portion sus-ampulaire présente la forme d'un collet avec un méso-postérieur (collet de l'ampoule de Gally), et, fait important, sur lequel nous croyons devoir insister, cette portion rectale est recouverte par le péritoine. Elle se trouve être ainsi sous-péritonéale. A ce propos rappelons que James Gantlie a conclu après de nombreux examens que l'angle recto-sigmoïdien peut être désigné sous le nom de « pylore sigmoïdo-rectal ».

PHYSIOLOGIQUEMENT : Un autre fait intéressant, signalé par GRANT, l'ampoule rectale est normalement vide, les matières sont dans le sigmoïde. Lors de la défécation, la muqueuse sigmoïdienne s'invagine de deux ou trois centimètres dans l'ampoule rectale réalisant un véritable piston : le piston sigmoïdien. Cette charnière joue le rôle d'un sphincter rudimentaire qui se laisse distendre pour laisser passer les matières.

DU POINT DE VUE ANATOMO-PATHOLOGIQUE les lésions cancéreuses rencontrées à ce niveau sont surtout des épithéliomas à type végétant ou sténosant. Cependant nous trouverons parfois dans nos examens biologiques de contrôle différentes autres formes.

Le cancer est généralement localisé, au début sur la face postérieure. De là, il s'étend en surface et en profondeur, l'évolution se faisant vers le rectum.

Enfin, DU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE, sur lequel nous ne voulons pas nous étendre, nous préciserons seulement deux facteurs : l'hérédité qui semble être une cause prédisposante indéniable car certains individus ont hérité d'une prédisposition à l'instabilité cellulaire. Néanmoins, isolée, cette condition semble insuffisante. Du fait que le cancer se développe sur les portions du corps soumises à une irritation continue, se précise le deuxième facteur : le facteur irritatif, constitué par les micro-traumatismes.

Même à l'état normal une série de minimales érosions sont créées à la surface de la muqueuse sigmoïdienne puisque physiologiquement ce segment intestinal est un réservoir où séjournent les matières fécales souvent rugueuses, dures avec de nombreuses aspérités. Ces irritations peu intenses mais permanentes causent à ce niveau des lésions d'appel pour le néoplasme. Or, le sigmoïde et le rectum, où ces lésions minimales sont très abondantes sont les deux points d'élection du gros intestin pour le cancer. Un rapport de cause à effet est donc ici indéniable.

Outre ces micro-traumatismes, dus au passage des matières on a vu que la muqueuse sigmoïdienne réalise un véritable piston s'invaginant dans le rectum, provoquant des tiraillements et des troubles circulatoires qui ne peuvent qu'accroître le nombre et le danger de ces micro-traumatismes.

CHAPITRE II. — OBSERVATIONS.

(Inédites, dues à l'obligeance de M. le Professeur BAUMEL).

PREMIER GROUPE

OBSERVATION I. — *Sarcosin*

Duc... Eugène G., 14 ans et demi.

Vient consulter en décembre 1935 pour des troubles digestifs caractérisés par de la constipation, très opiniâtre et cependant des selles très nombreuses une quinzaine environ.

Le malade et sa famille font remonter le début de ces troubles à 4 mois environ. A ce moment, l'enfant, fils de boucher, se serait blessé avec un couteau, à la fesse gauche. A la suite de cette blessure pénétrante on lui aurait fait des injections de sérum antitétaniques.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit, pas de troubles gastriques, ni ballonnement, ni brûlure, ni crampe, pas de vomissement pas de nausées, pas de renvois. Aucune douleur abdominale, mais 10 à 15 selles par jour impérieuses, caractérisées par l'émission de glaires et de sang rouge peu abondant. Faux besoins, épreintes, ténésme; dans quelques selles cependant des matières pâteuses ne renfermant pas d'aliments non digérés, de coloration normale. Pas de vers, pas de douleur à la défécation.

Rien à signaler du côté des autres appareils; pas de céphalées, pas de signes de brightisme.

Les urines sont normales.

Amaigrissement de 3 kilogs en 4 mois.

Antécédents: Bonne santé habituelle. Développement normal.

— Sœur en bonne santé, mère en bonne santé, pas de fausses couches.

EXAMEN. — Sujet d'apparence normale, légèrement amaigri.

L'examen clinique de l'appareil digestif, estomac et intestin, ne révèlent rien, ni à la palpation, ni à la percussion.

L'examen des autres appareils est négatif. T. A. 11, 5-7 (vaguez).
ni albumine, ni sucre. Poids : 44,500.

Toucher Rectal. — Il existe au niveau de la région antérieure droite et gauche, une barrière infranchissable le rectum étant bloqué complètement de consistance cartilagineuse.

L'Examen Rectoscopique: Sous anesthésie rectale, le toucher rectal ayant été douloureux le tube rectoscopique pénètre à travers le sphincter anal largement dilaté. On le fait progresser jusqu'à 17 cm. de l'anus. On se sert pour pratiquer cette rectoscopie du tube d'enfant. Lorsqu'on est arrivé à 8 ou 9 cm. de l'anus, il est complètement impossible de faire progresser davantage le tube rectoscopique. On se heurte à une résistance excessivement marquée. On décide alors de prendre le rectoscope ordinaire qui pénètre non moins

difficilement jusqu'à 9 cm. Sur ce trajet la muqueuse rectale n'est pas ulcérée. Il existe quelques bourgeonnements sous-muqueux de la grosseur d'une noisette, et qui sont confluents au nombre de 3 ou 4. Le rectoscope dépasse facilement ces bourgeonnements; on arrive alors sur un rétrécissement. Ce rétrécissement impossible à franchir présente une résistance de bois.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — Le lavement pénètre très difficilement dans l'anse sigmoïde. Lorsque le rectum est rempli, le baryum reflue par l'anus. Un examen attentif des clichés montre qu'un certain nombre de parcelles barytées a pénétré dans l'anse sigmoïde. En tout cas le rétrécissement rectal se voit d'une façon parfaite, il est linéaire.

Une étude attentive de la région osseuse du bassin ne permet pas de voir la moindre lésion du côté du squelette. On fait prendre au malade une certaine quantité de diognotorine pour essayer de se rendre compte de l'état du rétrécissement. Le diognotorine n'arrive pas à traverser le rétrécissement.

Biopsie Rectale. — L'examen histologique du fragment envoyé montre que l'on a affaire à un processus de *rectite subaiguë* caractérisée par une hypertrophie des follicules clos et une infiltration de la zone sous-muqueuse par les lymphocytes et quelques polynucléaires.

Aucun signe histologique de prolifération cellulaire maligne ni d'inflammation spécifique.

Diagnostic. — Rétrécissement rectal d'origine lympho-sarcomeuse.

On préconise un traitement par pansements rectaux et radiothérapie profonde (Professeur Lamarque).

Janvier 1936. *Examen Rectoscopique.* — Les masses bourgeonnantes persistent toujours, mais l'orifice du rétrécissement est visible, ce dernier est beaucoup moins marqué qu'il n'était lors du premier examen. Les parois rectales visibles sont moins saillantes et de coloration beaucoup plus normale.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — La tête de colonne opaque pénètre bien dans le rectum. Elle franchit le rétrécissement, beaucoup mieux visible sur la radiographie. L'anse sigmoïde, le colon descendant ne tardent pas à se remplir. Il y a une amélioration très nette dans le transit intestinal aussi bien par voie normale que par voie rétrograde.

Mars 1936.

Toucher Rectal. — Les masses indurées notées lors d'un examen précédent existent toujours au niveau du rectum à droite et à gauche, mais il semble que le doigt progresse mieux que précédemment. L'index peut être introduit d'une façon complète.

Examen rectoscopique. — Difficulté de l'examen rectoscopique par suite de la stagnation dans le rectum de matières fécales.

Décédé en Mai 1936.

DEUXIEME GROUPE:

Formes Hémorragiques

Obs. 2. — M. Mar..., 32 ans.

Vient consulter en décembre 1937 pour des troubles digestifs caractérisés par l'émission de selles sanglantes et dont le début remonte au mois de septembre dernier.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit, pas de troubles gastriques. Digestions normales. Pas de douleurs abdominales. 4 à 5 selles par jour bien moulées avec sang au début et à la fin des selles, parfois sang rouge pur. Depuis une intervention anale subie dernièrement, il présente deux selles par jour.

Pas de constipation ni diarrhée aucune douleur à la défécation.

Antécédents: Sans particularités. Célibataire.

EXAMEN. — Langue normale, denture en assez bon état. Pas de douleur à la palpation de l'abdomen, le plexus solaire ne paraît pas douloureux. Foie normal. Rate non percevable.

Rectoscopie. — Le tube pénètre facilement jusqu'à 15 cm. On trouve sur la face latérale droite de la muqueuse un polype de la grosseur d'un pois; sur tout le trajet la muqueuse est saine. Le cathétérisme rétrograde est négatif. Il n'y a pas d'hémorroïdes. On fait aux fins d'examen histologique un prélèvement de la masse polypeuse.

Biopsie. — Il existe un processus d'hyperplasie glandulaire adénomateuse en pleine transformation cancéreuse. Grande activité mitotique et amitotique

Réactions Sérologiques. — B. W. et H. B. : nég. Les autres réactions sont positives.

Obs. 3. — M. Van... (Ardèche), 63 ans.

Vient consulter pour des hémorragies anales existant depuis 5 ans.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit, pas de troubles gastriques. Digestions bonnes. Pas de douleurs abdominales; constipation opiniâtre, selles avec glaires, faux besoins, sang rouge, par période.

La première hémorragie est apparue au moment d'une crise hépatique qui se traduisit par un ictère durant 3 semaines, avec décoloration des matières et urine foncée.

Depuis le malade a eu d'autres crises hépatiques déclanchées à l'occasion d'un écart de régime (œuf, beurre...). En même temps les hémorragies rectales se sont rapprochées et la quantité de sang émise a augmenté.

Maigrissement de 5 kilos en un an.

Rien à signaler pour les autres appareils.

EXAMEN. — Langue sale, pas de denture.

Rien à l'examen clinique sauf une hernie scrotale gauche.

Rectoscopie. — Le tube pénètre facilement jusqu'à 8 cm. à partir de ce moment la progression se fait difficilement jusqu'à 12 cm. de l'anus. A ce niveau on voit un polype développé à la partie antérieure et latérale du rectum, saignant au moindre contact. Pas d'autres constatations.

Biopsie. — Epithélioma infiltrant avec grande activité mitotique.

Obs. 3. — M. De... B...: Jean... Cab..., 62 ans,

Vient consulter en mai 1938 pour des hémorroïdes et parce que depuis deux ans, il présente du sang rouge dans les selles en quantité assez abondante.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit. Vomissements faciles, quelques nausées, pas de renvois, pas de douleurs gastriques. Quelques douleurs abdominales. Selles pâteuses avec présence de sang en surface, pas de douleur à la défécation, quelques gaz.

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents: Gastrite ancienne. Fistule anale opérée il y a 3 ans.

EXAMEN. — Etat général somptueux. Langue normale; denture bien appareillée. Examen clinique absolument négatif. Pas de point douloureux, pas de gros foie.

T. A. 16-7. Poids: 83 kg.

Ni albumine, ni sucre dans les urines. Azotémie: 0,31.

Mai 1928.

Examen rectoscopique. — *Pénétration difficile.* Tout le rectum est le siège de spasmes violents qui gênent la progression du tube. Au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien, on voit sur la face antérieure de la cavité intestinale un *polype* de la grosseur d'une noisette. Il saigne facilement au moindre contact et son implantation fait par un pédicule assez large.

En retirant le tube on ne fait pas d'autres constatations pathologiques; nombreuses hémorroïdes internes très congestionnées sur

lesquelles on pratique les jours suivants quelques applications de diathermie rectale pour les décongestionner.

Au cours d'une nouvelle rectoscopie on opère la diathermo coagulation du polype rectal.

Quelques jours après on fait une nouvelle rectoscopie. Le tube rectoscopique n'étant plus arrêté par le polype précité, pénètre plus avant et tombe sur une masse en chou-fleur située à 2 ou 3 cms de la prolifération polypeuse.

Examen radiographique de l'intestin par la méthode du lavement baryté avant l'ablation du polype.

La colonne barytée remplit bien le rectum. Au niveau de l'abouchement sigmoïdien elle subit un temps d'arrêt. Elle remplit ensuite facilement le colon sigmoïdien et le colon descendant.

Une petite image lacunaire, nettement visible sur la radiographie, siège au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien à l'endroit précis où avait été noté l'existence d'un polype lors de l'examen rectoscopique.

Méthode des repas barytés après l'ablation du polype.

Les repas ayant été pris 18, 12 et 6 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée au niveau de l'anse sigmoïde.

Le colon descendant est fortement spasmodé et présente un aspect caractéristique en grains de chapelet. On ne voit cependant aucune image lacunaire. La cavité rectale tardant à se remplir, on décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté. — Le rectum se remplit bien. Le passage dans le sigmoïde descendant est facile.

Au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien on retrouve la zone lacunaire signalée sur la première radiographie et la portion de l'anse sigmoïde qui lui fait suite est moins opaque qu'il ne faudrait sur quelques centimètres. Cette anse cependant est bien mobile et la pression profonde n'y est pas douloureuse. Le colon descendant est normal.

Diagnostic. — Néoplasie recto-sigmoïdienne.

Intervention : Anus iliaque.

Octobre 1928.

Examen radiographique de l'intestin. — Par l'orifice inférieur de l'anus iliaque on introduit une sonde rectale molle; on donne un lavement baryté. Le segment inférieur du sigmoïde et ce qui reste du rectum se remplit bien, mais le liquide baryté ne tarde pas à s'écouler par la région périnéo-anale.

A l'examen de la plaque on s'aperçoit que le calibre de ces divers segments est resté normal. Il n'existe plus qu'une petite encoche au niveau de l'angle recto-sigmoïdien.

TROISIEME GROUPE

Formes avec alternatives de Diarrhée et de Constipation

Obs. 5. — M. G... Et., Amélie-les-Bains, 51 ans.

Vient consulter en Janvier 1938 pour des douleurs siégeant dans le bas ventre, et au niveau de la région ano-rectale, avec émission de selles liquides. Parfois constipation. Les périodes de constipation présentent une absence de selles pendant 4 à 5 jours. Le tout date de 7 mois.

INTERROGATOIRE. — L'appétit est variable, les digestions sont bonnes, pas de signes fonctionnels gastriques. Douleur à la défécation. Douleur anale après les selles. Emission tantôt de selles liquides, tantôt de selles très dures mais toujours colorées. Faux besoins, avec quelques glaires sanguinolentes. Hémorroïdes: sang rouge recouvrant les selles en quantité assez abondante.

Amaigrissement de 7 kgs en 7 mois.

Autres symptômes: céphalées, insomnies surtout causées par les envies assez fréquentes d'aller à la selle sans résultat; légère dysurie.

Antécédents: Bonne santé habituelle, 2 enfants en bonne santé. Femme en bonne santé, une fausse couche à la troisième grossesse.

EXAMEN. — Etat général moyen. Rien à signaler à l'examen de l'appareil digestif, sauf une légère douleur dans la fosse iliaque gauche.

T. A. 14-8. Pas d'albumine ni de sucre dans les urines. Poids : 59 kgs.

Toucher rectal. — Toutes les parois du rectum, au bout du doigt, sont légèrement indurées et cartonnées.

Examen rectoscopique. Pénétration facile. Progression jusqu'à 12 cm. de l'anus. On se heurte à un rétrécissement assez marqué du trajet rectal empêchant la progression du tube. Pas de néoformations végétantes. On pratique 2 ou 3 biopsies.

Pas d'autres constatations en retirant le tube, pas même au niveau de la région hémorroïdaire.

Biopsie rectale: *Epithélioma atypique très infiltrant* et doué d'une grande activité mitotique et amitotique. Les cellules cancéreuses constituent des travées massives et ont une structure mal différenciée; en certains points cependant, on observe des pseudolumières glandulaires. Il semble donc que ce cancer ait pour origine l'épithélium cylindrique de la région rectale considérée.

Ce que l'on doit surtout faire ressortir c'est l'essaimage des cellules cancéreuses.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — Le rectum se remplit avec quelque difficulté. Contractions très marquées qui chassent le contenu baryté par l'anus. Le passage du baryum dans l'anse sigmoïde se fait au compte goutte. Le passage de la région sigmoïdienne étant effectué, le calibre de l'intestin qui était très diminué, redevient normal. Le colon descendant ne présente aucune anomalie.

Au niveau de la partie supérieure du rectum existe un rétrécissement qui se continue sur une partie de l'anse sigmoïde. Il s'agit d'une sténose relative du conduit intestinal à ce niveau par néoformations d'ordre épithélial.

Obs. 6. — M. Cal... P., 67 ans, Pézénas.

Vient consulter en avril 1929 pour des troubles digestifs caractérisés par des selles sanglantes avec alternatives de diarrhée et de constipation, durant depuis deux ans. En période de diarrhée le malade présente 7 à 8 selles par jour; en période de constipation il a besoin d'aller à la selle mais sans résultat.

Depuis novembre 1938, il a des selles couleur marc de café à peu près quotidiennes.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit. Digère bien, pas de nausées, pas de renvois. Pas de douleurs abdominales, sauf au moment de la défécation et qui persistent pendant un quart d'heure environ.

Selles avec glaires et peaux. Syndrome dysentérique en période de diarrhée.

Rien à signaler aux autres appareils.

Pas d'amaigrissement.

Antécédents: Bonne santé habituelle, sauf une phlébite gauche en novembre 1928.

EXAMEN. — Etat général relativement bien conservé. Langue normale, denture défectueuse. Ventre souple. Corde colique gauche douloureuse.

T. A. 19-10.

Azotémie: 0,34; poids: 61 kgs.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration difficile, le sphincter étant spasmodé.

Progression jusqu'à 13 cms de l'anus.

A ce niveau, nombreuses végétations en choux-fleurs. Cette néoformation se propage d'ailleurs dans l'anse sigmoïde.

Un prélèvement est fait. Pas d'autres constatations sauf que la muqueuse rectale est rouge, congestionnée sur toute son étendue. Au niveau de la région sphinctérienne existent quelques hémorroides peu importantes.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement. Au niveau de la partie supérieure du rectum, on note une opacité moindre de cet organe et une zone floue, qui, à certains moments, devient nettement lacunaire. Le baryum passe à travers l'anse sigmoïde mais n'y reste pas, il arrive

ensuite au niveau du colon descendant où l'aspect normal du gros intestin reprend.

Intervention chirurgicale anus iliaque, et radium-thérapie suivant la méthode de Delabias: interne et externe.

Décédé un an après.

Obs. 7. — M. Vid... J., 57 ans, Grenoble.

Vient consulter en décembre 1934 pour des troubles intestinaux caractérisés par un mauvais fonctionnement avec selles irrégulières, douleurs dans le bas ventre, émission de glaires, de peaux et de sang

INTERROGATOIRE. — Bon appétit, pas de trouble gastrique, sauf quelques nausées et quelques renvois non acides. Douleurs abdominales gauches. 4 ou 5 selles par jour, peu importantes avec glaires, peaux et sang. Faux besoins, pas de douleurs.

Amaigrissement de 7 à 8 kilogs en 3 mois.

Rien à signaler aux autres appareils sauf de l'œdème des membres inférieurs.

Antécédents : Bronchite à 19 ans. Femme bonne santé, pas de fausse couche.

EXAMEN. — État général légèrement déficient, langue sale, denture défectueuse.

Douleur de la fosse iliaque gauche.

Rien aux autres appareils. T. A. 10-8. Poids: 65 kgs.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile, progression jusqu'à 10 cm. de l'anus.

A ce niveau existe une formation néoplasique en chou-fleur, déplaçable par le rectoscope, n'empiétant pas sur tout le par-tour du rectum. Cette formation est du volume d'une pièce de 5 francs environ. On poursuit l'examen.

Jusqu'à 25 cm. on ne voit pas d'autres néoformations, mais le tube rectoscopique est gêné pour progresser, le malade se plaignant. Cependant on ne voit pas à ce niveau le moindre bourgeon.

Biopsie. — L'examen histologique des fragments envoyés montre que l'on a affaire à un épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire, paraissant très infiltrant.

Lavement baryté. — Le rectum se remplit de façon normale, sa partie supérieure étant plus ou moins déchiquetée et déformée; mais lorsque le lavement est arrivé au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien, il ne passe pas de liquide dans l'anse sigmoïde. Le malade rend son lavement par l'anus d'une façon à peu près complète.

Cependant, il existe dans le colon descendant un peu de baryum. Ce baryum avait été pris 8 jours auparavant, par voie orale. Il y a entre la partie terminale du rectum et la partie terminale de la colonne opaque barytée, située dans le colon descendant, une zone lacunaire vaste et nettement tranchée, qui ne permet pas d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une lésion néoplasique à ce niveau là.

48 heures après, une nouvelle radiographie pratiquée permet les mêmes constatations. Le colon descendant et l'anse sigmoïde ne sont pas visibles. Dans ces conditions il est permis d'affirmer qu'il y a au moins de la sigmoïdite à ce niveau et qu'il existe, peut-être même, une autre localisation néoplasique.

Un examen rectoscopique nouveau, fait avec le chirurgien appelé à pratiquer l'intervention, confirme en tous points le premier.

Diagnostic. — Néoplasme rectal avec charnière recto-sigmoïdienne à vérifier opératoirement.

QUATRIEME GROUPE.

Formes avec diarrhée

Obs. 8. — M. Rey... M., 62 ans, Oran.

Vient consulter en mai 1933 pour des troubles diarrhéiques importants, datant de 4 à 5 mois, et caractérisés par l'émission de 7 à 8 selles par jour, impérieuses, avec glaires, sang rouge et pas de douleurs.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit, pas de ballonnements, quelques nausées et quelques renvois.

Pas de douleurs abdominales, pas d'ictère.

Rien à signaler aux autres appareils, sauf un léger œdème mal-leolaire vespéral.

Léger amaigrissement.

Antécédents héréditaires: 2 enfants en bonne santé, femme en bonne santé, pas de fausse couche.

Antécédents personnels: tachycardie légère et arythmie extrasystolique.

Ethylisme.

EXAMEN. — Etat général somptueux. Langue un peu sale, denture normale. L'examen du tube digestif ne montre rien de particulier à signaler.

T. A. 15-8. — Poids 92 kgs.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Le tube pénètre facilement dans la cavité rectale, jusqu'à 14 cms. de l'anus. Il ne peut franchir l'abouchement recto-sigmoïdien. Il existe des formations néoplasiques à ce niveau. Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire d'autres constatations.

Le lavement qui avait été pris avant la rectoscopie n'a pu être gardé.

Examen radiographique:

1°) On décide de faire un transit baryté.

L'examen radiographique de l'estomac est sensiblement normal. On ne note pas de lésions organiques nettement apparentes.

Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum qui est à peu près seul visible.

Mais l'anse sigmoïde, le rectum, le colon descendant ne se voient pas. La tête de colonne des repas barytés qui reste dans l'intestin arrive à peine au niveau de l'angle splénique. Des examens ultérieurs sont faits en série et montrent que M. R... ayant besoin d'aller à la selle après chaque examen il n'est pas possible de saisir le moment où la bouillie barytée arrive à la région sigmoïde-rectale.

2°) On ne donne pas de lavement baryté étant donné que le conduit recto-sigmoïdien est à peu près imperméable au lavement ordinaire.

Diagnostic. — Néoplasme du rectum.

Biopsie. — Epithélioma pseudo-glandulaire.

Obs. 9. — M. R... Arm., 66 ans, Labastide-Rouairoux

Vient consulter parce que depuis 6 mois il présente une diarrhée constante et de plus en plus marquée, avec une douzaine de selles par jour, sanguinolentes vers la fin.

INTERROGATOIRE. — Appétit diminué. Pas de troubles gastrique. Pas de douleur abdominale ni à droite ni à gauche.

Selles liquides, peu abondantes, impérieuses.

Quelques glaires et faux besoins.

Le malade est obligé d'uriner chaque fois qu'il va à la selle et vice versa.

Amaigrissement de 7 kgs.

Antécédents: 2 enfants: 1 en bonne santé, un tué à la guerre.

Femme en bonne santé pas de fausse couche.

EXAMEN. — Etat général satisfaisant, teint sensiblement normal, langue légèrement sale, denture normale.

Examen de l'abdomen: négatif.

T. A. 14+8. — Poids 61 kgs.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 12 cm. de l'anus. A ce niveau une tumeur assez importante en chou-fleur ne peut pas être franchie.

En retirant le tube on ne fait pas d'autres constatations.

Biopsie. — Epithélioma pseudo-glandulaire.

Lavement baryté. — Le rectum se remplit de façon normale. Le baryum ne passe pas dans l'anse sigmoïde; le malade sent son lavement s'évacuer. On fait plusieurs tentatives sans plus de résultat.

Le lendemain la cavité rectale se remplit parfaitement bien, mais avec beaucoup de difficulté la tête de colonne opaque pénètre dans le sigmoïde et dans le colon descendant. Il existe une image lacunaire très nette au niveau de la partie supérieure du rectum, empiétant un peu sur l'anse sigmoïde. Les autres portions de l'intestin ne présentent pas d'anomalie appréciable.

Diagnostic. — Néoplasie recto-sigmoïdienne.

Obs. 10. — Mme Pas... J., 49 ans, Montpellier.

Vient consulter en septembre 1933 pour des douleurs abdominales et de la diarrhée durant depuis 1 mois avec 4 ou 5 selles par jour.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit, dégoût alimentaire, ballonnements gastriques, quelques nausées, quelques vomissements, douleur dans la région peri-ombilicale. Constipation habituelle, mais depuis quelques temps apparition d'un syndrome dysentérique. Pas de douleur à la défécation, selles liquides, pas de vers, pas de peaux.

Rien aux autres appareils.

Amaigrissement important depuis 3 mois.

Antécédents: Bonne santé habituelle.

3 enfants à terme en bonne santé.

Une fille à terme morte d'une fluxion de poitrine.

EXAMEN. — Etat général déficient. Langue normale, denture défectueuse. Examen clinique de l'abdomen négatif; pas de point douloureux.

Rien aux autres appareils.

T. A. 10-7. — Poids 62 kgs.

Ni albumine, ni sucre.

Examen rectoscopique. — Pénétration et progression facile jusqu'à 14 cms. de l'anus. A ce niveau on réveille une douleur assez vive et l'examen minutieux de la région montre qu'il existe à la partie supérieure du rectum, une vaste ulcération sanieuse avec quelques bourgeons.

En essayant de pousser plus avant on se heurte à un spasme très marqué de la région qui empêche le rectoscope de progresser. Pas d'autres constatations. Pas d'hémorroïdes.

Biopsie rectale. — Il s'agit d'une épithélioma cylindrique végétant paraissant doué d'un pouvoir infiltrant assez grand.

CINQUIEME GROUPE.

Formes avec constipation.

Obs. 11. — Mme Can... Mel..., 62 ans, Gignac.

Vient consulter en Juillet 1927 pour des troubles digestifs caractérisés uniquement par de la constipation, avec parfois émission de glaires et de peaux. Quelquefois sensation de besoin d'émission de gaz qui sont toujours mouillés.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit. Pas de troubles gastriques. Pas de douleurs abdominales. Reste 8 à 10 jours sans aller à la selle. Depuis 1 an environ. Pas de douleur à la défécation. Quand elle va à la selle émission quelquefois de glaires, de peaux, de sang.

Menopausée à 48 ans.

EXAMEN. — Etat général satisfaisant. Langue normale, denture bien appareillée. Rien à signaler à l'examen le plus minutieux de l'appareil digestif.

T. A. 15-8. — Poids 56 kgs.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 14 cm. de l'anus. On arrive ainsi jusqu'à l'abouchement recto-sigmoïdien. A ce niveau toute la muqueuse est le siège d'une prolifération en chou-fleur caractéristique. Cette prolifération est tellement importante que le tube rectoscopique ne peut aller plus avant.

Biopsie. — Epithélioma infiltrant pseudo-glandulaire.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — Un lavement administré extemporanément remplit bien la cavité rectale. Le liquide une fois arrivée au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien éprouve une difficulté assez grande pour pénétrer dans l'anse sigmoïde.

A ce niveau on voit une portion légèrement floue qui rend mal compte de l'étendue des lésions et qui pourrait passer inaperçue, si l'examen rectoscopique n'avait donné une certitude à ce sujet.

Diagnostic. — Néoplasie recto-sigmoïdienne.

Obs. 12. — Mme Can... Lam..., 64 ans, Perpignan.

Vient consulter en novembre 1934 pour des troubles digestifs caractérisés par l'émission de selles difficiles avec glaires sanguinolentes et faux besoins datant de 4 mois.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit, pas de troubles gastriques. Douleurs abdominales seulement au moment de la défécation. Selles tous les 2 ou 3 jours peu importantes, dans l'intervalle faux besoins avec rares émissions de glaires sanguinolentes.

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents : Bonne santé habituelle, 4 grossesses: 2 enfants en bonne santé, 2 enfants morts: 1 de 28 ans, tué à la guerre, une fille morte après un avortement.

EXAMEN. — Etat général moyen. Langue normale, denture normale. Rien à signaler dans la région abdominale sauf une légère sensibilité dans la fosse iliaque gauche.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. — Progression jusqu'à l'abouchement recto-sigmoïdien. A ce niveau il existe une prolifération en chou-fleur très nette. On essaye de dépasser cette prolifération ce qui est difficile. Les parties ainsi proliférées sont nettement saignantes et friables.

Pas d'autres constatations.

Examen radiographique par lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement. Au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien existe une image lacunaire nette. La tête de colonne opaque pénètre dans l'anse sigmoïde et le colon.

Sur tout le trajet on ne voit pas d'autres images lacunaires. Des spasmes assez marqués se produisent sur toutes les anses gauches, chassant le contenu baryté jusque dans les transverses et le caecum.

Biopsie rectale. — Epithélioma cylindrique pseudo-glandulaire doué d'un pouvoir infiltrant très grand.

Diagnostic. — Néoplasme de la région recto-sigmoïdienne.

Obs. 13. — M. Bach... G..., 52 ans, Perpignan.

Vient consulter en octobre 1932 pour des troubles digestifs caractérisés par une sensation de barre colique datant de 5 à 6 ans.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit. Quelques renvois. Pas d'autres troubles gastriques. Douleurs abdominales dans la fosse iliaque gauche avec retentissement dans la région lombaire. Constipation: tous les 3 ou 4 quatre jours une selle dure formée de scybales avec du sang noir et du sang rouge (un verre environ).

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents: Pas d'histoire pathologique Mutilé de guerre. Femme en bonne santé, pas de fausse couche.

EXAMEN. — Etat général bon. Langue normale, denture normale. Examen de l'appareil digestif entièrement négatif.

T. A. 16-8. Poids 60 kgs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Examen radiographique du tube digestif: Estomac. — L'examen radiographique de l'estomac ne montre rien de particulier.

Intestin. — Six heures après l'absorption du repas baryté la tête de la colonne opaque est arrivé au niveau de l'angle hépatique du colon.

Le caecum ne présente pas d'anomalie, il est simplement plus spasmodique qu'il ne faudrait; relativement peu mobile et peu sensible. La région appendiculaire elle-même n'est pas douloureuse.

Lavement baryté. — Le rectum se remplit de façon parfaite. La baryte passe dans l'anse sigmoïde et dans le colon, rejoignant la tête de colonne opaque des repas barytés.

Sur tout le trajet, existe un peu de flou de la région sigmoïdienne. Des spasmes très marqués au niveau de tout le colon gauche, descendant et sigmoïde, chassent parfois le contenu baryté dans les portions voisines. La pression profonde au niveau de la région sigmoïdienne est un peu sensible.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'au dixième centimètre. A partir du douzième centimètres on se heurte à une certaine difficulté. Sur la paroi gauche, empiétant également sur la paroi antérieure du rectum, de larges bourgeons en chou-fleur saignent au moindre contact. La progression du tube devient dès ce moment très pénible et il est à peu près impossible de dépasser le vingtième centimètre.

Biopsie rectale. — Epithélioma cylindrique du type pseudo-glandulaire. Les éléments néoplasiques sont hyperchromatiques et quelques-uns monstrueux.

Diagnostic. — Néoplasie Recto-Sigmoïdienne.

SIXIEME GROUPE

Formes avec syndrome Rectal.

Obs. 14. — M. Cast... Em. 45 ans, Alès

Vient consulter en Juin 1928 pour des troubles digestifs caractérisés: par des renvois continuels après les repas, avec douleurs dans le bas ventre, constipation et perte d'appétit, des envies fréquentes d'aller à la selle avec émission d'une ou deux glaires, pas de sang.

INTERROGATOIRE. — Le malade accuse du gonflement gastrique survenant une ou deux heures après les repas. Lenteur des digestions, pas de douleurs gastriques, pas de vomissements, pas de nausées, renvois très fréquents.

Douleurs abdominales localisées dans le bas ventre, avec envies fréquentes d'aller à la selle, 10 à 12 selles par jour; une seule selle pendant la nuit. Besoins sans résultat n'aboutissant qu'à l'évacuation d'une ou deux glaires non sanguinolentes. Quelquefois émission de matières pâteuses, avec glaires et peaux, pas de sang.

Aurait maigri.

L'examen complet relate seulement de la toux et quelques signes fonctionnels nerveux: de la céphalée, de l'insomnie, et la sensation de doigts morts.

Antécédents. Paludisme, en Tunisie, Ethylisme léger, pas de maladies vénériennes. Deux enfants en bonne santé nés à terme. Femme en bonne santé, pas de fausses couches.

EXAMEN. — Aspect légèrement amaigri. Langue sale. Denture moyenne. L'examen clinique de l'abdomen ne montre rien de particulier.

Pas d'albumine, pas de sucre dans les urines.

T. A. 14-8 — Poids 70 kgs.

Examen Rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 10 cms de l'anus.

La paroi latérale droite du rectum tombe fortement.

Arrivé à 10 cms de l'anus le rectoscope ne peut aller plus avant.

Examen radiographique du tube digestif. — Repas opaques : aspect normal.

Lavement baryté. — Le rectum se remplit bien, mais la tête de colonne opaque a une certaine difficulté pour passer dans l'anse sigmoïdienne. Elle y passe cependant assez rapidement et vient rejoindre la tête de colonne des repas barytés. On s'aperçoit alors qu'il existe une vaste image lacunaire comprenant toute la partie supérieure du rectum et l'anse sigmoïde. Ces portions sont douloureuses à la pression.

Diagnostic. — Néoplasie recto-sigmoïdienne.

Obs. 15. — Mme Vid... José, 54 ans, Alès.

Vient consulter en mai 1929. Se plaint, depuis mars, de douleurs du côté gauche, avec émission de glaires sanguinolentes, 20 selles par jour.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit. Ballonnements. Pas d'autres troubles gastriques. Douleurs abdominales à gauche, 20 selles

par jour, parfois pâteuses. Faux besoin, épreintes, glaires sangui-nolentes.

Amaigrissement de 8 kgs.

Rien à signaler aux autres appareils, sauf de la céphalée, et de l'insomnie.

Antécédents — Fibrome ulcéreux opéré il y a 8 ans.

4 enfants dont 2 en bonne santé. Un épileptique. Un mort en 1918 de grippe. Mari en bonne santé.

EXAMEN. — Langue normale denture défectueuse, mauvaise haleine. Rien à signaler à l'examen clinique sauf une légère douleur dans la fosse iliaque gauche. Corde colique.

T. A. 12-8. — Poids 53 kgs.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 15 cms de l'anus.

A 6 cms du spincter anal, sur la portion droit du rectum se trouve une néoplasie en chou-fleur qui s'étend jusqu'au niveau de l'anse sigmoïde. Ces bourgeons saignent au moindre contact.

Examen radiographique. — *Lavement baryté.* Le rectum se remplit bien. La tête de colonne opaque passe ensuite facilement dans l'anse sigmoïde et le colon descendant. Toute la partie supérieure du rectum est complètement floue et d'un calibre réduit.

Le colon descendant reprend ensuite son calibre normal ainsi que l'anse sigmoïde.

Néoplasie recto-sigmoïdienne.

Diagnostic. — Néoplasie recto-sigmoïdienne.

Obs. 16. — M. Fru... Al., 65 ans, Sète

Vient consulter en Janvier 1932 pour des troubles digestifs caractérisés par un syndrome dysentérique avec glaires dans les selles, et asthénie générale. Le début de ses troubles remonte en avril 1930.

INTERROGATOIRE. — Appétit conservé. Pyrosis; pas de troubles gastriques. Douleurs abdominales avec émission de 3 à 4 selles par jour glaireuses, liquidiennes contenant du sang noir. Pas de douleurs, quelques hémorroïdes.

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents. — Bonne santé habituelle sauf une fièvre typhoïde bénigne.

EXAMEN. — Langue normale, denture défectueuse. Etat général relativement conservé. Plexus solaire normal. Rien dans les hypochondres, ni dans les fosses iliaques.

Foie: pas sensible, pas de Murphy. Rate non percutable.

T. A. 16-9. Poids 71 kgs.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Azotémie 0,33 puis 0,20. B. W.: négatif. Examen de selle: pas d'amibes.

Rectoscopie. — Pénétration facile. A 8 cms de l'anus la muqueuse rectale présente à sa partie antérieure des proliférations très nettes qui saignent facilement et qui ont un aspect en chou-fleur caractéristique.

Le tube ne peut guère pénétrer que jusqu'à 12 cm. il est arrêté par un cartonnage très net de la muqueuse rectale qui empêche de passer plus avant.

Examen radiographique par lavement baryté. — La tête de colonne opaque pénètre avec lenteur dans le rectum dont l'ampoule seule se remplit. Dès que celle-ci est en état de réplétion, le liquide est refoulé par l'anus.

La paroi rectale elle-même ne présente pas une opacité homogène. Sa partie supérieure est floue, ses contours sont mal délimités.

Diagnostic. — Epithéliomatose recto-sigmoïdienne.

Obs. 17. — M. Chir... J., 63 ans, Uzès:

Vient consulter en Décembre 1930 pour des troubles intestinaux caractérisés par des douleurs dans la fosse iliaque gauche, de la constipation et des envie fréquentes d'aller à la selle.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit. Ballonnements, pas d'autres troubles gastriques. Douleurs abdominales tantôt à droite, tantôt à gauche. Selles fréquentes avec glaires, peaux et sang.

Rien à signaler aux autres appareils.

Léger amaigrissement.

Antécédents. Troubles intestinaux remontant à 30 ans. Opéré de fistule anale en 1925; bonne santé habituelle.

EXAMEN. — Etat général assez satisfaisant. Langue sale, denture bien appareillée. Hyperesthésie solaire. Rien dans les hypochondres.

Foie normal, rate non percutable.

Légère sensibilité colcale sans localisation au point Mac Burney.

Fosse iliaque gauche douloureuse avec corde colique.

T. A. 13-7. — Poids 60 kgs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. L'anūs est entouré d'une cicatrice consécutive à l'opération d'une fistule. Le sphincter paraît cependant se dilater et se contracter normalement.

Le tube progresse jusqu'à l'abouchement recto-sigmoïdien, mais il est impossible d'aller plus loin. Les parois rectales sont rouges à ce niveau. La muqueuse est recouverte de glaires épaisses, sanguinolentes. Le tube ne peut pénétrer dans l'anse sigmoïde, les parois paraissent dures, cartonnées.

Pas d'autres constatations. Quelques hémorroïdes assez marquées.

Examen radiographique par lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement. Le baryum éprouve une certaine difficulté pour franchir l'abouchement recto-sigmoïdien, il y arrive cependant, mais il dessine une image lacunaire caractéristique. C'est à peine si un mince filet baryté peut s'y voir. La pression profonde en pleine zone lacunaire est douloureuse.

La partie supérieure du colon, le colon descendant, le caecum ne présentent pas d'anomalie.

Diagnostic. — Néoplasme recto-sigmoïdien.

Obs. 18. — M... Boy... J., 73 ans.

Vient consulter en novembre 1928 pour des troubles digestifs caractérisés par de nombreuses selles avec émissions fréquentes de sang et de gaz.

INTERROGATOIRE : Bon appétit, digestion bonne, quelques renvois. Pas de douleurs abdominales, 5 ou 6 selles par jour contenant peu ou pas de matières liquides, mais présence de glaires et de sang. Pas de douleurs à la défécation.

Rien à signaler par ailleurs, sauf 3 ou 4 mictions nocturnes.

Pas d'amaigrissement.

Antécédents : Rien à signaler, bonne santé habituelle.

EXAMEN : Etat général satisfaisant. Denture normale, langue normale. Rien à signaler à l'examen de l'appareil digestif. Pas de point douloureux. Pas de gros foie, ni de grosse rate.

T. A. 13-7, Poids : 65 kgs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration difficile, car sphincter très fortement spasmé.

Progression pénible jusqu'à 15 cms de l'anūs où on aperçoit une saillie caractérisée de la muqueuse, ayant un aspect en chou-fleur et qui saigne facilement au moindre contact.

Le tube rectoscopique gêné par cette néoformation ne peut progresser plus avant.

Pas d'autres constatations sauf la présence d'hémorroïdes assez volumineuses et ulcérées, dans la région sous sphinctérienne.

Examen radiographique par lavement baryté. — Le baryum pénètre facilement dans le rectum. Au niveau de sa partie supérieure, région recto-sigmoïdienne, on note une image lacunaire caractéristique qui ne semble pas empiéter beaucoup sur le sigmoïde proprement dit. L'anse sigmoïde d'ailleurs est relativement mobilisable.

Diagnostic. — Néo formation recto-sigmoïdienne.

Obs. 19. — M. Cotti., Fr., 74 ans, Le Vigan.

Vient consulter en Janvier 1928 pour des troubles digestifs caractérisés par l'émission de selles nombreuses non douloureuses (5 à 6 par jour sanguinolentes plus ou moins liquides, depuis 9 mois).

INTERROGATOIRE : Bon appétit, brûlures gastriques, ni vomissements, ni nausées.

Gonflement abdominal, lors de l'émission des selles, qui ne sont jamais moulées, qui contiennent du sang et des glaires et qui ne sont pas douloureuses.

Rien à signaler aux autres appareils.

Pas d'amaigrissement.

Antécédents : Officier au Tonkin, y a contracté la dysenterie, amibienne et le paludisme. A eu un chancre syphilitique à 28 ans.

EXAMEN : Etat général normal, langue normale. Pas d'hyperesthésie solaire. Foie légèrement augmenté de volume, non douloureux.

Rate augmentée de volume. Rien dans la fosse iliaque droite. Pas de Mac Burney. Fosse iliaque gauche légèrement sensible, avec corde colique. T. A. 16-8. Poids : 70 kgs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Le tube pénètre assez facilement dans la cavité rectale et progresse jusqu'à 22 cms de l'orifice anal. En aucun point on ne note de rétrécissement. Environ à 8 cms de la région anale on note la présence de bourgeons charnus présentant un aspect en chou-fleur. La paroi rectale droite est complètement infiltrée par ce même processus qui remonte jusqu'au niveau de la région sigmoïdienne avec par endroits des proliférations semblables à celles déjà notées. Ces proliférations et la zone rectale infiltrée saignent facilement au moindre contact.

Examen radiographique. — Estomac normal. Six heures après l'absorption de ce repas la cavité gastrique est complètement évacuée.

Intestin : Différents examens montrent que la tête de colonne opaque a à peine progressé dans le colon descendant qui est fortement spasmé.

Dans ces conditions on décide de donner un lavement baryté.

Lavement baryté. — Le rectum se remplit bien, mais il présente une encoche au niveau de sa partie droite. Cette encoche correspond bien à la zone infiltrée vue au cours de la rectoscopie. Ses parois sont un peu floues et moins opaques que normalement.

La tête de la colonne opaque passe ensuite dans l'anse sigmoïde qui est normale et dans le colon descendant qui ne présente pas d'anomalie.

Diagnostic. — Néoplasie épithéliomateuse du rectum avec processus inflammatoire du à des infections secondaires.

Intervention chirurgicale: anus iliaque, radiumthérapie.

Décédé un an et demi après l'opération.

Obs. 20. — Mme Can... Ma., 53 ans, Montpellier.

Vient consulter en Juin 1930 pour des troubles digestifs caractérisés par des troubles du fonctionnement intestinal avec sensation de pesanteur, émission de glaires anales sanguinolentes.

INTERROGATOIRE : Bon appétit. Pas de dégoût alimentaire. Pas de vomissements, pas de nausées, quelques renvois. Quelques crampes plus ou moins importantes, tardives ou immédiates, après l'alimentation. Douleurs abdominales à la ceinture, 14 à 15 selles par jour. Pas de faux besoins.

Emission de selles avec glaires sanglantes et présence de matières plus ou moins pâteuses. Douleur à la défécation.

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents : 2 enfants en bonne santé, 1 mort de méningite. 1 mort avant terme. 2 fausses couches.

EXAMEN : Etat général relativement conservé. Langue normale, denture moyenne. Abdomen proéminent. Pas d'hyperesthésie solaire. Rien à signaler dans la fosse iliaque droite. Corde colique difficilement palpable dans la fosse iliaque gauche.

T. A. 19-9. Poids: 62 kgs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines. B. W.: négatif.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 13 cms de l'anus.

Sur tout ce parcours la muqueuse est tapissée de nombreuses glaires.

Au 13^{me} centimètre il existe un spasme très marqué. On aperçoit quelques bourgeons charnus qui ont un aspect en chou fleur caractéristique.

Examen radiographique par lavement baryté. — Le rectum se remplit bien. Il se dilate d'une façon assez considérable. Il ne présente pas d'image lacunaire. La bouillie opaque ne passe pas dans l'anse sigmoïde, et reflue par l'anus.

Les repas barytés ayant été pris 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée au niveau de l'angle splénique. Il existe une stase iléale assez marquée. Le colon descendant ne se voit pas du tout.

Un examen pratiqué quelques heures après, ne permet pas de faire d'autres constatations, plusieurs selles ayant été émises.

Refuse opération, puis se fait opérer deux mois plus tard.

Obs. 21. — M. De... M..., 65 ans, Montpellier

Vient consulter en juillet 1931 pour des troubles digestifs caractérisés par des douleurs abdominales violentes avec diarrhée persistante depuis un an environ, 15 selles par jour.

INTERROGATOIRE : Bon appétit, pas de troubles gastriques, douleurs abdominales généralisées mais surtout marquées à droite. Pas de douleurs à l'émission des selles, parfois sensation de brûlures anales. Syndrome dysentérique avec glaires, peaux et sang dans les selles.

Rien à signaler aux autres appareils. Amaigrissement de 9 kgs.

EXAMEN : Etat général, légèrement déficient. Langue normale, denture normale. Sensation de corde colique douloureuse dans la fosse iliaque gauche.

Foie normal. Rate non perceptible.

T. A. 15-9. Poids: 56 kgs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration difficile. Progression jusqu'à 14 cms de l'anus. Au niveau de la région recto-sigmoïdienne il existe quelques papillomes et ensuite un état de la muqueuse excessivement friable, on voit même quelques aspects en chou-fleur. Spasme excessivement violent de la sigmoïde qui empêche le rectoscope de progresser. Pas d'autres constatations. Quelques hémorroïdes peu importantes.

Examen radiographique de l'intestin. — Les repas opaques ne montrent rien de particulier.

Lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement. Lorsqu'il est plein, le malade accuse une sensation douloureuse. Les bouchées opaques, au bout d'un certain temps, passent dans le sigmoïde, mais elles n'y restent pas, elles montent dans le colon descendant et vont vivement rejoindre au niveau de l'angle splénique, la tête de colonne opaque des repas barytés.

Au niveau de la région recto-sigmoïdienne, il existe une image lacunaire assez nette qui est douloureuse à la pression profonde.

Le lavement ayant été rendu, on fait un nouvel examen et on fait absolument les mêmes constatations. Il existe toujours au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne l'image lacunaire signalée.

Diagnostic. — Recto-sigmoïdite très marquée d'origine néoplasique.

En septembre 1931 un nouvel examen radiographique montre que l'image lacunaire persiste dans les mêmes conditions.

Refuse intervention. Opéré en occlusion quelques temps plus tard. On pratique un anus iliaque.

Obs. 22. — M. Escre... J., Lunel, 65 ans.

Vient consulter pour des troubles digestifs caractérisés par l'émission de nombreuses selles, depuis trois ans.

INTERROGATOIRE : Anorexie, dégoût pour la viande. Pas de troubles gastriques. Douleurs abdominales diffuses, peu violentes, soulagées par des selles. 10 à 12 selles par 24 heures, dont 7 à 8 nocturnes. Selles liquides comme du bouillon sale avec épreinte, ténésme. Pas de glaires pas de fausses membranes. Au début de la maladie le malade accuse des selles sanglantes qui n'ont persisté que trois mois.

Depuis un mois les signes sont aggravés.

Amaigrissement: 4 kgs. Rien à signaler aux autres appareils,

Antécédents : Passé éthylique: café, petits verres, apéritifs. Paludisme; blennorragie; pas d'antécédents digestifs.

Héréditaires: femme en bonne santé, 4 enfants en bonne santé.

EXAMEN : Etat général amaigri, pâle. Teint jaune paille. Langue sale, denture inexistante. Plexus solaire normal. Sensibilité au niveau de l'hypochondre droit. Fosse iliaque droite normale. Fosse iliaque gauche sensible. Foie et rate normaux.

Toucher rectal : Grosse prostate lisse. Le toucher ne ramène pas de sang.

Examen de laboratoire : Sérologie négative : Azotémie 0,22. T. A. 10-6.

Urine : pas de sucre, pas d'albumine, présence de sels biliaires. Excès d'urobiline.

Selles : ni kystes, ni parasites, résidus de la digestion normaux.

Examen radiologique : Arrêt au niveau de la charnière, où les contours de l'intestin sont flous et irréguliers. Le lavement ne peut franchir le rétrécissement.

Rectoscopie : Le tube pénètre facilement et progresse jusqu'à 10 cms. A ce niveau on voit des néo-formations en nombre assez important sur la face antérieure du rectum. On fait progresser le rectoscope en suivant la concavité sacrée. On fait plusieurs prélèvements qui provoquent un saignement abondant.

Biopsie : Epithélioma cylindrique. Les travées cancéreuses sont réduites, le prélèvement ayant porté en partie sur les portions saines.

Obs. 23. — Mme Gach... Mad., 45 ans

Vient consulter pour des troubles digestifs caractérisés par l'émission de selles nombreuses sanguinolentes et douloureuses.

INTERROGATOIRE : Bon appétit, pas de troubles gastriques, douleurs abdominales. Nombreuses selles diarrhéiques avec faux besoins, glaires, peaux, sang rouge, à la fin de la défécation. Un traitement prescrit par un médecin fait baisser le nombre de selles à 4 ou 5 par jour pendant un certain temps mais cette amélioration est d'assez courte durée.

Rien à signaler aux autres appareils sauf un peu de pollakiurie nocturne. Amaigrissement de 6 à 7 kgs dans l'année.

Antécédents héréditaires : père et mère en bonne santé, une sœur morte de phtisie galopante.

Personnels : rougeole, coqueluche en bas âge, hémorroïdes il y a 5 ans. Un enfant en bonne santé. Pas de fausse couche, ménopause à 37 ans. Ablation d'une tumeur du sein il y a deux ans.

EXAMEN : Bon aspect général, langue normale. Plexus solaire sensible. Douleur dans le flanc gauche.

Foie semble diminué de volume, il est indolore.

Rate percutable et palpable.

Cœur souffle systolique au foyer aortique.

Examen de laboratoire : Sérologie négative. Azotémie : 0,20.
T. A. 13-8.

Urines : ni sucre, ni albumine, ni pigments.

Culot : leucocytes et nombreuses cellules épithéliales. Pas de cylindres.

Sang : G. R.: 4.700.000. — G. B.: 13.200; poly neutro 72 %, lymphocytes: 28 %.

Examen Rectoscopique : Le tube pénètre facilement et progresse jusqu'à 12 cms. Une tumeur en chou-fleur, sur la face antérieure, saignant facilement, ne gêne pas le passage du rectoscope.

Le reste de la muqueuse au-delà et sur les côtés de la tumeur est normal.

Biopsie : Epithélioma cylindrique à forme papillaire, cette néoplasie est très infiltrante et douée d'une grande activité mitotique et amitotique.

Obs. 24. — M. Juv... Ch., 75 ans, Nîmes.

Vient consulter en mars 1938 pour des troubles digestifs caractérisés par des selles diarrhéiques au nombre de 10 à 12 par nuit et de 4 à 5 dans la journée.

Le début de ces troubles remonte en août 1935

Le malade va consulter un professeur de clinique médicale à Paris qui le traite pendant un certain temps pour entérite.

INTERROGATOIRE : Actuellement on note à l'interrogatoire : un bon appétit, pas de douleurs gastriques, pas de ballonnements, pas de nausées, pas de vomissements, quelques renvois.

Douleurs abdominales surtout dans la fosse iliaque gauche, des faux besoins très nombreux avec émission de sang et de glaires. Pas de douleurs avant la défécation, mais douleurs après, qu'il y ait eu émission ou non de matières fécales. Les selles s'il y en a ne sont jamais moulées. Il n'y a pas de vers.

Rien à signaler à l'interrogatoire des autres appareils.

Amaigrissement de 10 kgs en trois ans.

Antécédents : Bonne santé habituelle; 4 enfants vivants, en bonne santé ; 4 morts en bas âge, 3 de méningite, 1 d'entérite tuberculeuse, 1 mort à 31 ans de maladie de cœur.

EXAMEN : Langue sale, denture bien appareillée, plexus solaire légèrement sensible. Légère douleur dans la fosse iliaque gauche.

T. A. 14-8.

Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration difficile : Progression jusqu'à 10 cms de l'anus. A ce niveau on trouve des proliférations en chou-fleur assez importantes qui saignent facilement.

Les parois rectales sont légèrement indurées, mais on ne peut pas aller plus avant. Une biopsie est pratiquée.

Pas d'autres constatations.

Biopsie rectale. — *Epithélioma cylindrique papillaire* doué d'une grande activité mitotique et amitotique; les cellules cancéreuses reproduisent le plus souvent l'architecture pseudo-glandulaire. Nombreux éléments réactionnels.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement.

Le baryum passe ensuite dans l'anse sigmoïde augmentée de volume, mais imparfaitement au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne. Néanmoins le passage s'effectue. Le calibre recto-sigmoïdien, au niveau de la charnière, est beaucoup moindre que celui des parties environnantes, le baryum y reste moins. L'opacité est tout à fait différente. A ce niveau existe un rétrécissement assez marqué avec image lacunaire nette. Le calibre sus jacent est normal. Production de spasmes excessivement marqués qui en certains endroits font même des pseudo-rétrécissements et même des pseudo-images lacunaires.

Diagnostic. — Néoplasme de la charnière recto-sigmoïdienne.

Envoyé à Paris ce malade est opéré par le Dr Lardennois, qui pratique un anus iliaque. L'exérèse étant impossible il est traité par le Professeur Verne avec sa préparation anti-cancéreuse N° 301, et par Mlle Simone Laborde par radiothérapie pénétrante.

Ce malade revu en consultation à Nîmes après son retour de Paris présente une anémie excessivement marquée post-radiothérapique.

Mort en pleine cachexie au mois d'août.

Obs. 25. — M. Cam... Jus., 63 ans, Montpellier

Vient consulter en octobre 1937, pour des troubles digestifs caractérisés par l'émission d'une vingtaine de selles par jour, plus ou moins sanglantes, depuis 7 à 8 semaines.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit, pas de dégoût pour les aliments, Pas de signes fonctionnels gastriques, pas de douleurs abdominales, mais émission d'une vingtaine de selles par jour, les unes avec matières plus ou moins moulées, les autres caractérisées par des faux besoins avec émission de glaires et de sang.

Rien à signaler du côté des autres appareils.

Antécédents. — Névralgie faciale. Aortite. Sciatique. Pas de séjour aux colonies.

EXAMEN. — Langue normale, denture moyenne, état général, moyen. Teint un peu blafard.

Rien à signaler à l'examen de l'appareil digestif.
Pas de douleur dans la fosse iliaque gauche. Poids: 83 kgs.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne environ. A ce niveau on constate la présence d'un néoplasme important dont on fait un prélèvement. La muqueuse est friable et saigne facilement.

Pas d'autres constatations.

Biopsie rectale: montre un épithélioma.

Diagnostic. — Néoplasme de la région recto-sigmoïdienne.

Evolution en 6 mois, pas d'intervention chirurgicale.

Cachexie — Mort.

Obs. 26. — M. Man... L., 60 ans, Montpellier:

Se plaint de douleurs abdominales depuis un an, marquées surtout dans le decubitus dorsal.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit.

Pas de signes fonctionnels gastriques.

Douleurs abdominales surtout accentuées depuis une quinzaine de jours dans la fosse iliaque gauche.

Selles sanglantes, non douloureuses, avec peu de matières, glaires et parfois du sang pur. 10 selles par jour environ.

Rien à signaler aux autres appareils.

Pas d'amaigrissement.

Antécédents: Bonne santé habituelle, soigné en 1927 pour anémie.

EXAMEN. — Etat général satisfaisant. Langue sale, denture moyenne. Pas d'hypéresthésie solaire, abdomen normal. Foie normal, rate non perceptible. Pas de point de Murphy, ni de Mac Burney. Légère douleur dans la fosse iliaque gauche avec corde colique.

T. A. 14-6. — Poids 75 kgs.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 12 cms de l'anus, jusqu'à l'abouchement recto-sigmoïdien. On tombe sur une tumeur en chou-fleur qui obstrue la lumière intestinale et ne permet pas la progression plus avant. Deux fragments biopsiques sont envoyés au laboratoire d'anatomie pathologique.

Examen radioscopique par lavement baryté. — Le rectum se remplit bien. La bouillie barytée arrive dans l'anse sigmoïde située à droite au lieu d'être à gauche. La visibilité est mauvaise par suite de l'épaisseur à traverser. Il existe à la partie supérieure du rectum, au niveau de l'abouchement recto-sigmoïdien une zone nettement lacunaire. Cette zone empiète quelque peu sur l'anse sigmoïde, cette dernière par conséquent est atteinte par le processus néoplasique.

Diagnostic. — Néoplasie recto-sigmoïdienne.

Obs. 27. — M. Dant.. Ant., 63 ans, Montpellier

Vient consulter en Janvier 1936 pour des troubles digestifs caractérisés par l'émission fréquente de sang dans les selles. Et pour des douleurs dans la région lombaire.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit, pas de dégoût pour les aliments, pas de troubles gastriques.

Douleurs dans le bas ventre vers 5 ou 6 heures du soir. 4 ou 5 selles par jour pâteuses pas moulées, brunes avec faux besoins et douleur à la défécation.

Rien à signaler aux autres appareils sauf une légère dyspnée d'effort. Léger amaigrissement.

Antécédents. A fait la guerre en Crète pendant deux ans. Y a contracté une entérite, d'où dysenterie probable.

Fistule anale en 1922.

EXAMEN. — Etat général légèrement déficient. Langue sale, denture bien appareillée. Pas de sensibilité du plexus solaire. Rien dans les hypochondres. Rien dans la fosse iliaque droite. Sensibilité dans la fosse iliaque gauche avec corde colique.

Foie normal, rate non percevable.

T. A. 13-8. — Poids 65 kgs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Azotémie 0,51.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 12 cms de l'anus où siège un rétrécissement très serré.

Examen radiographique par lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement.

La tête de colonne opaque passe dans l'anse sigmoïde. Il existe une image lacunaire entre le rectum et la sigmoïde, mais très étendue. Dans le sigmoïde il semble que la lumière intestinale soit à peu près normale et qu'il n'y ait pas de néoformation. De plus elle paraît être relativement mobile.

Biopsie. — Epithélioma cylindrique pseudo-glandulaire très infiltrant et doué d'une grande activité mitotique et amitotique. Nombreux éléments réactionnels.

Diagnostic. — Epithéliomatose recto-sigmoïdienne.

Obs. 28. — Mme Berb... Den., 31 ans, Le Martinet :

Envoyée en consultation de gynécologie parce qu'elle présente des douleurs dans tout le bas ventre et surtout dans la fosse iliaque gauche avec 4 à 5 selles par jour.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit, pas d'anorexie élective. Pas de troubles gastriques. Douleurs surtout dans la fosse iliaque gauche, sourdes, augmentées après les repas.

4 à 5 selles liquides par jour avec peaux et glaires, pas de sang. Début de ces troubles il y a environ trois mois après une période de constipation. A ce moment là, présence de sang dans les selles.

Maigrissement de 6 à 7 kgs.

Rien à signaler aux autres appareils sauf l'appareil génital.

Antécédents héréditaires: Mari en bonne santé, mère en bonne santé, père décédé accidentellement, une sœur morte en bas âge, un enfant en bonne santé.

Antécédents personnels. Bonne santé habituelle, asthénie d'un an après sevrage.

EXAMEN. — Langue normale, denture en bon état, plexus solaire un peu sensible. Légère douleur à la palpation de la fosse iliaque gauche, foie normal, rate non percutable.

Rien à signaler aux autres appareils.

Examen rectoscopique. — *Première rectoscopie :* Le tube pénètre facilement jusqu'à 10 à 12 cms, à ce niveau une masse en chou-fleur friable. On fait un prélèvement. Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire de constatations particulières.

Deuxième rectoscopie : Elle confirme l'existence d'une masse en chou-fleur de la grosseur d'une paume très friable.

Biopsie. — *Première:* Les fragments envoyés montrent que l'on a affaire à des lésions d'hyperplasies papillaires sans transformation cancéreuse nettement caractérisée.

Le pédicule de la néo-formation polypoïde envoyé ne présente pas de cellule cancéreuses en essaimage.

2°) *Seconde:* Epithélioma cylindrique pseudo-glandulaire.

Obs. 29. — M. Chauv.. Byl., 73 ans, Loupian

Vient consulter en septembre 1933 pour émission de sang à l'anus pendant et en dehors des selles le tout datant de 5 ou 6 mois.

INTERROGATOIRE — Appétit diminué. Pas de troubles digestifs gastriques. Pas de douleurs abdominales. 2 selles par jour, molles. En dehors de ces selles, syndrome dysentérique, avec émission de glaires noires.

Rien à signaler aux autres appareils.
Amaigrissement de 6 kgs.

Antécédents : Rien à signaler, bonne santé habituelle.

EXAMEN. — Etat général déficient. Langue normale, denture moyenne. Plexus solaire normal. Rien dans les hypochondres. Sensibilité dans la fosse iliaque gauche, rien dans la fosse iliaque droite.

T. A. 12-8 — Poids: 68 kgs.

Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. A 8 cms on tombe sur une masse en chou-fleur. Au delà se trouve une autre portion en chou-fleur un peu plus lointaine. Il est impossible d'aller plus loin avec le restoscope.

Pas la moindre ulcération. Pas d'hémorroïdes importantes.

Diagnostic. — Néoplasie recto-sigmoïdienne.

SEPTIEME GROUPE

Formes Occlusives

Obs. 30. — Mme Viv.. J., 52 ans, Villefranche de Rouergue :

Vient consulter pour des troubles digestifs caractérisés par des douleurs du côté gauche de l'abdomen, avec apparition de tumeurs fantômes. Hoquets, gaz, très nombreux, borborygmes et syndrome de constipation occlusive.

INTERROGATOIRE. — Pas d'appétit, dégoût alimentaire, ballonnements, quelques nausées et renvois fréquents. Douleur abdominale du côté gauche. Alternatives de diarrhée et de constipation. Faux besoins, quelquefois une selle plus ou moins moulée.

Petite poussée occlusive: souvent la malade reste plusieurs jours sans aller à la selle.

Amaigrissement 5 kgs. en 6 mois.

Antécédents. Maladie de Basedow. Bonne santé habituelle. Ménopausée à 44 ans.

EXAMEN. — Langue normale, denture normale. Abdomen légèrement augmenté de volume. A la simple inspection on voit des anses se former: syndrome de Kœnig typique. Fosse iliaque gauche légèrement douloureuse.

T. A. 12-8. — Poids 55 kgs.

Ni albumine ni sucre dans les urines.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. La muqueuse rectale est parfaitement nette. Par contre lorsqu'on est arrivé à 14 cms on ne peut pas pousser plus avant le rectoscope. Il butte contre une portion rétrécie dont les parois sont indurées. On voit par la lumière intestinale s'écouler un liquide sanieux mêlé à un peu de sang.

Examen radiographique par lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement.

Par contre la tête de colonne opaque arrivée au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne ne peut pas aller plus loin. Il y a à ce niveau une image lacunaire nette. Des tentatives répétées, presque goutte à goutte, ne réussissent pas mieux.

Repas opaques : en dehors de la poussée occlusive. — Un examen attentif du cliché montre que du baryum s'est insinué jusqu'au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne et qu'il y a des tâches barytées dans l'intestin grêle. Ces tâches sont punctiformes; elles sont plus des points que des tâches.

L'examen radiologique fait dans ces conditions est difficile en raison des besoins assez fréquents d'aller à la selle qui chassent la colonne opaque dès qu'elle est arrivée au niveau de la région.

Plusieurs heures après on note sur la plaque radiographique de nombreux points montrant qu'il existe un ralentissement baryté au niveau du grêle.

Les colons sont normaux. Le sigmoïde est augmenté de volume,

Mort rapide en poussée occlusive.

Obs. 31. — M. Mas... L., 52 ans, Saint-Geniès des Mourgues

Vient consulter pour troubles digestifs caractérisés par des douleurs abdominales localisées dans le bas ventre, associées à des douleurs gastriques et rénales, le tout datant de trois mois (Janvier 1933).

INTERROGATOIRE. — Perte d'appétit. Ballonnement abdominal, si-tôt après l'ingestion d'aliments, et existant même avant les repas.

Pas de nausées. Douleurs abdominales à gauche avec constipation opiniâtre. Le malade ne va pas à la selle que par des laxatifs. Pas de sang, ni glaires, ni peaux. Pas de douleurs, faux besoins. Selles peu abondantes.

Rien aux autres appareils.

Amaigrissement de 10 kgs. en trois mois.

Rien à signaler dans les antécédents.

EXAMEN. — Etat général somptueux. Langue sale, denture un peu défectueuse. Abdomen un peu proéminent, plexus solaire normal. Rien dans les hypochondres. Légère sensibilité dans la fosse iliaque gauche, avec corde colique perceptible. Pas de Mac Burney. Foie normal, pas de Murphy.

T. A. 12-8 — Poids 98 kgs.

Ni albumine, ni sucre.

Examen rectoscopique — Progression jusqu'à 10 cms de l'anus. Il existe un spasme assez marqué de la paroi rectale, on ne peut pas aller plus avant.

L'abouchement recto-sigmoïdien se fait selon un angle aigu, il est absolument impossible de déplier la paroi, étant donné que l'on provoque par les diverses manœuvres nécessaires des réactions très douloureuses.

Sur tout ce trajet aspect normal.

Examen radiographique de l'intestin (Méthode du lavement). — Le rectum se remplit bien, il se dilate de façon considérable et acquiert un volume très important, à ce moment le malade se plaint de coliques assez violentes et une partie du lavement est rendue par l'anus, rien ne passe par le sigmoïde.

On décide de faire un examen après absorption de baryum.

Les repas barytés ayant été pris, 20, 14 et 8 heures auparavant, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau de l'angle colique du caecum.

Le caecum est augmenté de volume, il n'est pas douloureux, la région caeco-appendiculaire n'est pas particulièrement sensible, l'angle hépatique est en bonne place.

Des examens faits en série tous les jours, pendant 6 jours, montrent qu'au bout du sixième jour la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du colon descendant.

Les parties visibles du gros intestin sont fortement spasmées, elles présentent l'aspect dit « en grains de chapelet ».

On essaie de donner un lavement baryté pour rejoindre la tête de colonne opaque des repas barytés.

Tout comme la première fois le rectum se remplit et se dilate, mais rien ne passe dans l'anse sigmoïde.

Huit jours après l'absorption de bouillie barytée, exactement, la bouillie ayant été prise le dimanche 9 janvier et l'examen étant pratiqué le lundi 16 janvier, la tête de colonne opaque est arrivée jusqu'au niveau du rectum.

L'anse sigmoïde est à peu près remplie, il y a une grosse image lacunaire au niveau de la région sigmoïdo-rectale.

Diagnostic. — Epithéliomatose recto-sigmoïdienne.

Mort en poussée occlusive 5 ou 6 mois après.

HUITIEME GROUPE.

Formes compliquées.

Obs. 32. — Mme Cap... B., 53 ans, Saint-Paul et Valmalle

Vient consulter pour hémorroïdes dont elle désire se faire opérer. Douleurs abdominales gauches assez importantes depuis 3 ou 4 mois avec émission de peaux et de glaires sanguinolentes par l'anus.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit, pas de douleurs gastriques ni autres signes fonctionnels. Douleurs abdominales à gauche avec alternative de constipation et de diarrhée. Le jour de la consultation la malade n'a eu qu'une selle. Cependant de temps en temps elle présente quelques faux besoins, avec émissions de glaires sanguinolentes. Douleur au moment de la défécation.

Amaigrissement de 5 kgs. en 1 mois.

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents. — Ictère à 12 ans. Bonne santé habituelle, sauf quelques gripes. 3 enfants en bonne santé. Une fausse couche.

EXAMEN. — Femme en bon état général, rien à signaler à l'examen clinique du tube digestif. Foie normal. Rate non percutable. Rien à signaler aux autres appareils.

T. A. 19-10. — Urée 0,37. — Poids 81 kgs.

Présence de sucre dans les urines. Une glycémie pratiquée montre un taux de sucre à 3 gr. (Janvier 1938).

Avec réserve alcaliné à 40 cc. de CO₂.

Examen rectoscopique. — Pénétration facile. Progression jusqu'à 14 cms de l'anus; à ce niveau proliférations en chou-fleur importantes; biopsie. Cette portion d'intestin saigne très facilement et même spontanément. Il nous a été nécessaire de faire deux autres examens rectoscopiques afin d'obtenir une certitude anatomo pathologique.

Biopsie. — Premier prélèvement: négatif.

Deuxième prélèvement : le 17 février : douteux.

L'examen histologique des fragments envoyés montre que l'on a affaire à des lésions d'hyperplasie épithéliale comportant des néoformations pseudo-glandulaires dans la *sous-muqueuse* au-delà de la *muscularis musosae* ce sont là des faits que nous n'avions pas observés lors du premier examen microscopique. (Exlique l'apparition du sang).

Cependant, ces lésions ne sont pas assez nettement différenciées pour permettre de porter un diagnostic ferme.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — L'angle recto-sigmoïdien présente un calibre plus rétréci qu'il ne faudrait. La portion sigmoïdienne est normale, et présente un calibre tout à fait normal. Le colon descendant se remplit bien ainsi que le colon transverse. Ils ne présentent pas d'anomalie nettement appréciable.

Un examen attentif du cliché montre bien qu'au niveau de la charnière sigmoïdienne, il existe un rétrécissement qui réduit le calibre de l'intestin à ce niveau de deux tiers.

Troisième prélèvement biopsique le 3 mars.

L'examen histologique des fragments envoyés montre un *épithélioma cylindrique pseudo-glandulaire*.

Les cellules cancéreuses sont douées d'un grand pouvoir de prolifération et essaient largement dans le tissu conjonctivo-vasculaire sous-muqueux.

Glycémie: 1 gr. 10.

Traitement du diabète: traitement habituel.

Préparation pré-opératoire avec de l'insuline.

Opération: exérèse.

Morte 8 ou 10 jours après.

Obs. 33 — M. Gra... Cel., 52 ans, Perpignan:

Vu en juillet 1938. Depuis Août-Septembre 1937 il se plaint de la présence de sang dans les selles et d'hémorroïdes.

INTERROGATOIRE. — Bon appétit. Pas de symptômes gastriques. Pas de douleurs abdominales. Une selle normale tous les jours, pâteuse ou moulée. Quelquefois cependant émission de glaires et de peaux avec sang rouge dans les selles.

Quelques faux besoins.

Maigrissement de 5 à 6 kilogs, en 6 mois.

Rien à signaler aux autres appareils.

Antécédents : A fait la guerre en Orient et y a contracté la dysenterie amibienne.

Deux rectoscopies ont été faites par son médecin traitant. Elles ont été difficiles bien que le tube soit arrivé à 14 cm. de l'anus. On aurait vu à ce niveau une masse saignotante.

EXAMEN. — Etat général bon, langue normale, denture bonne.

Rien à signaler à l'examen clinique.

Légère douleur dans la fosse iliaque gauche avec corde colique.

T. A. 14-8. — Poids: 67 kilogs.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

Le malade refuse l'intervention.

Il est perdu de vue.

Examen rectoscopique. — Progression jusqu'à 13 cms de l'anus. A ce niveau on trouve de chaque côté, sur la face gauche, et sur la face postérieure, des néoformations sur lesquelles sont pratiquées plusieurs biopsies.

Avec le rectoscope il est impossible de franchir ces formations.

Pas d'autres constatations.

Biopsie rectale. — *Epithélioma cylindrique glanduliforme.* Les cellules cancéreuses sont douées d'une grande activité mitotique et amitotique, elles essaient largement dans la sous-muqueuse. Nombreux éléments réactionnels.

Examen radiographique de l'intestin par lavement baryté. — Le rectum se remplit normalement. De là le baryum passe dans l'anse sigmoïde. Entre la région rectale et la charnière, on note la présence d'un rétrécissement important, sans image lacunaire. Anse sigmoïde normale paraissant souple et sans infiltration.

Diagnostic. — Néo végétations de la charnière recto-sigmoïdienne empiétant quelque peu sur le sigmoïde chez un malade ayant eu une recto-colite amibienne.

CHAPITRE III. — DEDUCTIONS TIREES DE L'ANALYSE DES OBSERVATIONS

De l'examen de ces observations, à diagnostic positif trop tardif pour arriver à un résultat thérapeutique, il semble que l'on puisse dégager deux facteurs responsables de ce retard: la symptomatologie, les médecins.

En effet, ces diagnostics tardifs sont imputables:

1°) à la modalité très variable des signes du début clinique (nous verrons par la suite le nombre et la diversité d'aspect des symptômes); à la méconnaissance des aspects cliniques du cancer recto-sigmoïdien. Beaucoup de médecins se basant pour penser à sa possibilité sur le schéma classique: épreintes, ténesme, glaires sanglantes. Souvent le diagnostic ne pourra se poser dès le premier jour, dès le début clinique; mais on ne devra plus le laisser évoluer jusqu'au moment où il devient presque inaccessible à la chirurgie. C'est ce qui se produit trop souvent, parce que les symptômes semblent bénins. Un diagnostic simple d'entérite, d'hémorroïdes ou d'entéro-colite muco-membraneuse paraît alors satisfaisant. Et le médecin persiste dans son traitement pendant plusieurs mois laissant ainsi passer l'époque favorable du traitement précoce, seul capable de résultats.

De plus, on n'y pense pas assez souvent. On se base sur des symptômes peu fréquents ou inexacts, par exemple l'état général du malade qui souvent reste très longtemps floride, on ne songe pas que le cancer de cette région touche très peu l'état général. Une grosse erreur est aussi de se baser sur l'âge du malade en prétendant que le cancer ne peut s'observer qu'à partir de la cinquantaine; il peut apparaître chez des adolescents ou des personnes jeunes.

2°) Mais il existe une deuxième raison. Même si le médecin entrevoit sa possibilité, il méconnaît encore bien souvent ce cancer et cela tient à l'ordre chronologique et au choix des moyens de diagnostic qu'il emploie pour vérifier sa présomption. Le choix de ces moyens de diagnostic est mal fait et son application insuffisante; par exemple, un toucher rectal sera pratiqué ce qui est

bien, mais qui dans de nombreux cas s'avère insuffisant. Ce toucher fait avec un maximum de précautions pourrait à la rigueur fournir un résultat intéressant. Mais le cancer trop haut situé échappe fréquemment au doigt, et reste inaccessible par un toucher ordinaire. Le médecin continuant son examen fait faire un examen radiographique avec lavement, le regarde progresser radioscopiquement, mais si la tumeur ne diminue pas suffisamment le calibre de l'intestin celui-ci se remplit sans arrêt; d'autres se contentent même d'un examen radiographique après absorption de repas opaques. Le rectum paraît bien rempli, mais l'intestin gauche ne se voit pas dans sa totalité; n'ayant pas vu de points anormaux il est impossible au début, par cet examen seul, de faire un diagnostic et le médecin renvoie le malade chez lui, comme dans le premier cas, avec un traitement banal.

C'est contre cette façon de faire, contre cet état d'esprit que nous voulons lutter, voulant indiquer les diverses étapes, nécessaires et indispensable qui permettent de faire le diagnostic.

De nos observations nous essayerons de déduire un certain nombre de signes, non pas des signes pathognomoniques ce qui nous serait impossible, mais des signes assez constants et assez caractéristiques, signes de probabilité, suffisants pour éveiller l'idée de cancer et pour orienter vers ce diagnostic d'une façon aussi précoce que possible. Mais nous sommes obligés cependant de dire que ce diagnostic, basé sur un examen minutieux aidé des moyens d'investigation modernes peut encore errer, certaines formes étant véritablement trop latentes et demandant pour avoir une certitude absolue la mise en œuvre de tous les procédés que nous avons à notre disposition.

DEUXIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMATOLOGIE

Les divers groupes dans lesquels il nous a été nécessaire de classer nos observations nous prouvent qu'il est difficile de mettre en évidence une symptomatologie nette du cancer recto-sigmoïdien. On se trouve, comme dans les différentes localisations du cancer ou dans le cancer en général, en présence d'un polymorphisme décevant, et les manifestations du mal sont loin d'être constamment les mêmes.

Cependant nous avons essayé d'extraire de nos observations certains symptômes qui, s'ils ne sont pas caractéristiques, nous semblent au moins constants; par l'étude de ceux-ci nous allons essayer d'établir une symptomatologie qui nous aidera dans la précocité de notre diagnostic. Car si ce sont les symptômes classiques de la période d'état qui nous ont fait faire le diagnostic, ce sont les signes de la période initiale, les signes du stade préliminaire en quelque sorte, que nous voudrions rassembler.

Pour cela il nous est utile de passer en revue chaque signe de la période d'état pris en lui-même, de l'examiner, et d'essayer d'individualiser les plus nets.

Parmi eux nous en trouverons qui appartiennent à la symptomatologie rectale et d'autres au cancer sigmoïdien d'où leur diversité puisqu'ils vont encore s'augmenter de troubles mécaniques. Nous croyons devoir pour cela examiner successivement les signes fonctionnels, puis les signes physiques.

I. — SIGNES FONCTIONNELS

1°) *DOULEURS*. Ce symptôme qui témoigne généralement de la souffrance de l'organe se trouve ici de peu d'importance et trop tardif. Nous n'avons pas pu isoler la forme vraiment douloureuse, sauf dans les cas avec occlusion. Dans toutes les autres observations les douleurs apparaissent très tard : un an, deux ans après le début des autres troubles, ou même jamais.

Quelquefois même, le malade souffre, mais ne se décide pas à venir consulter car ces douleurs sont de peu d'intensité. Le malade a la terrible habitude de juger de la gravité de la maladie par les troubles qu'il ressent : à troubles peu intenses, maladie bénigne.

Dans nos observations, ces troubles se présentent, soit sous forme de gêne soit sous forme d'une sensation de pesanteur avec tiraillements et lancements, ne revêtant guère à la période du début une violence suffisante pour attirer particulièrement l'attention du malade. Cette souffrance plus ou moins vive reste localisée généralement à la fosse iliaque gauche, et n'a pas tendance à s'irradier. D'autres fois elle est encore plus imprécise et simplement péri-ombilicale. Cette douleur peut évoluer de façon diverse. Elle peut être continue, spontanée, plus violente à la palpation de l'abdomen, à l'occasion d'un effort, ou de la défécation, ou même sans cause apparente. Dans d'autres cas, elle traduit les premiers signes d'une crise d'obstruction intestinale surtout quand elle apparaît par intermittence ou lorsque les matières sont dures et accumulées.

Elle est alors vive, conséquence des contractions intestinales qui se produisent au-dessus du noyau cancéreux. Comme nous le verrons plus loin ces petites crises d'arrêt intestinal sont le prélude des grands accidents occlusifs de la période d'état (Obs. 31). Elles se manifestent parfois longtemps avant la crise occlusive nette. Ces paroxysmes ne peuvent faire penser à une véritable sténose.

On doit admettre que ces crises douloureuses ressenties sont dues aux spasmes qui se surajoutent à la lésion elle-même, cessant avec eux, et cela explique très bien ces poussées douloureuses.

Dans le cas où la douleur est fixe et continue, il paraît s'agir plus tôt d'une réaction péritonéale autour d'une lésion ulcérée et infectée.

On invoque comme cause de ces douleurs, outre la rétention, l'extension, l'entrave à la fonction, les efforts d'expulsion et la compression nerveuse (QUENU).

Ces douleurs de rétention dans la fosse iliaque gauche ou même dans la fosse iliaque droite s'expliquent par la présence de gaz et de matières qui provoquent une distension intestinale caecale, qui s'atténue lors de leurs émission. Ceux-ci sont donc bien la cause de ces douleurs éloignées que Bovis a appelé les douleurs « paradoxales » et qui ne le sont plus si l'on se rappelle que tout obstacle sur le gros intestin haut ou bas situé, provoque une distension du caecum; nous en verrons plus loin l'explication. Lorsque cette rétention s'accroît par suite d'une augmentation de l'obstacle rectal, la contracture apparaît et se traduit alors par « la colique ».

Mais les douleurs vagues et passagères peuvent être prises pour des douleurs banales et être considérées avec leur irradiation dans la région lombaire comme « la douleur banale des colites », elles ne deviennent plus violentes que lorsque aux douleurs spontanées s'ajoutent celles qui sont dues à la défécation, soit locales avec sensation de corps étrangers volumineux, soit diffuses sur tout le colon, lors d'une contraction intestinale.

Enfin si la tumeur vient à faire saillie dans la cavité rectale, le ténesme apparaît. Il faut le différencier des fausses envies. Mais ce symptôme, caractérisé par des besoins douloureux d'aller à la selle, est relativement tardif, et il n'est pas plus un signe de cancer que de toute autre manifestation rectale. Nous verrons d'ailleurs qu'il constitue la base du syndrome rectal, titre sous lequel est groupée la majorité de nos observations, toutes à un stade très avancé.

2°) *ECOULEMENTS DE GLAIRES ET DE MUCOSITES*: ces symptômes relevés assez souvent nous ont semblé d'apparition tardive; glaires et mucosités peuvent apparaître mêlées ou non aux selles, mais elles ont toujours le même défaut, elles font croire à une entérite ou une entéro-colite, mot qui satisfait les malades. Nous n'avons pas relevé de formes où ces symptômes soient nettement tranchés. Ils font eux aussi partie du syndrome rectal, tous les éléments sont d'ailleurs tous plus ou moins liés les uns aux autres.

Le mucus est moins constant. Il témoigne d'une irritation glandulaire due à la stagnation des matières au-dessus de l'obstacle. Si les selles sont dures le mucus les enveloppe car au niveau

du sigmoïde les selles sont déjà formées et ont alors acquis leur forme définitive. Si la réaction susjacente est très importante elle donne naissance à un liquide très abondant provoquant ce que nous appellerons plus loin les fausses diarrhées, le mucus se trouvant mêlé à ces matières et ressemblant comme dit Girault «à du frai de grenouille».

Enfin le mucus peut être, si l'évacuation des matières ne se fait qu'à intervalles très éloignés de plusieurs jours, concrété, provoquant ainsi la formation de fausses membranes.

Mêlée à ces mucosités et à ces glaires, on peut trouver une sérosité sanieuse muco-purulente, écoulement sanguinolent, fétide, puriforme, mais cela apparaît à un stade déjà avancé. Lorsque la tumeur est en chou-fleur, friable et proémine dans la cavité rectale, cette sérosité commence à apparaître. Il s'est produit une ulcération soit par arrachement des fragments de la tumeur, entraînés par les fèces, soit par sphacèle. Si cette ulcération augmente, l'infection secondaire provoque des phénomènes de rectite surajoutée. Mais cette rectite secondaire est différente des rectites inflammatoires primitives, des rectites hémorroïdaires, car elles provoquent non l'apparition d'un pus franc ou verdâtre, mais d'un pus plus séreux, plus fétide, dû aux zones superficielles sphacélées. Et au fur et à mesure que ces lésions progressent ces différents signes s'accroissent et deviennent continus. Enfin peut apparaître, surajouté à ces troubles, du sang.

Mais ces symptômes paraissent plutôt des signes de la période d'état, traduisant déjà une lésion vaste et importante, que des symptômes de début.

Signalons un dernier fait; l'on a voulu faire de la présence de l'albumine dans les selles un signe précoce, invoquant le fait que toute lésion inflammatoire des muqueuses mêmes superficielles laisse exsuder de l'albumine. Mais un écueil pratique surgit, la difficulté de la recherche des traces d'albumine. Elles ne peuvent être mises en évidence que lorsqu'il existe des quantités notables en rapport avec une lésion importante de l'appareil digestif. Cette recherche est simple par la réaction de TRIBOULET, qui provoque un précipité au cas d'ulcération importante du gros intestin due soit à une tuberculose soit à un néoplasme et c'est à ce titre qu'elle mérite d'être signalée.

3°) SANG: Le sang peut apparaître dans les selles sous trois formes, soit sous forme de véritables hémorragies, soit en mince filet, soit simplement lors d'un examen microscopique. Il semble que le cancer sigmoïdien saigne facilement, aussi a-t-on voulu en faire un signe de début lorsqu'il est associé avec de la diarrhée.

Vérifions. Aucune observation où nous puissions invoquer des hémorragies abondantes.

Dans l'obs. 3 la première hémorragie est notée cinq ans ans la date du premier examen qui permit la découverte d'un néoplasme. Dans ce cas là on peut parler d'hémorragies précoces. Mais sont-elles vraiment les signes précoces de néoplasme. Il semble que non, vu la longue durée de ces troubles. Si elle avait traduit le début du néoplasme, la survie aurait été surement moins longue. Il devait donc y avoir autre chose. Or l'examen rectoscopique nous montre la présence d'un polype, polype d'ailleurs en pleine transformation cancéreuse. Celui-ci peut être considéré comme le stade précancéreux puisque c'est sur lui que s'est développé le néoplasme. C'est donc lui qui est cause des premières hémorragies constatées. On est donc autorisé à parler d'hémorragies précoces, mais nous croyons qu'il vaut mieux, pour éviter toute équivoque, parler d'hémorragies précancéreuses correspondant à ce qu'on a appelé les états précancéreux: adénomes, polypes.

Mais remarquons que, malgré les modifications importantes de ce polype, les hémorragies n'ont guère changé. Ces différents stades paraissent donc, malgré l'accroissement de la tumeur ne pas amener de transformation. L'obs. 4 où le malade présente du sang dans les selles depuis deux ans et demi paraît en apporter la confirmation. A la rectoscopie est découvert un polype en voie de dégénérescence maligne. D'où même raisonnement: polype antérieur qui s'est modifié. Mais la poursuite de notre examen, montre au-dessus de ce polype une masse en chou-fleur. Est-ce un groupe de polypes, à des stades divers de transformation ou est-ce un polype péri-tumoral. Il semblerait que l'on soit ramené au premier cas. Des polypes se sont manifestés par les hémorragies et malgré les perturbations de cette masse polypeuse, ces dernières ne se sont guère modifiées.

Ces hémorragies doivent donc attirer précocément l'attention du malade. Malheureusement leur intensité même fait souvent croire à une lésion bénigne, et est souvent considérée comme la traduction de simples hémorroïdes (voir les obs. 4, 32, 33).

Une équation paraît établie: sang anal = hémorroïde, car dès qu'il y a une émission de sang rouge, assez abondante, ce diagnostic est posé. Que d'erreurs commises en son nom.

Entre l'hémorragie franche et la forme microscopique, se place le cas où le sang est mêlé aux matières, au muco-pus, sous forme de filets, de glaires sanguinolentes, où de sérosité sanieuse. Ceci est assez fréquent et relève dans de nombreuses observations de syndrome rectal. Mais le sang n'occupe pas le premier plan. Il paraît donc traduire non seulement une congestion de la muqueuse, mais une ulcération ou la friabilité particulière des bourgeons cancéreux.

Il ne faut pas attendre la présence de ces symptômes pour conclure à la malignité de la lésion; de nombreux malades atteignant les stades avancés de la maladie sans avoir jamais présenté de sang dans les excréments.

4°) *TROUBLES DE LA DEFECATION*. Parmi les tous premiers symptômes, parmi les plus importants et qui attireront assez rapidement l'attention du malade, nous croyons devoir signaler l'altération dans le cours régulier des selles. Ils pourront revêtir trois types: selles irrégulières, constipées ou diarrhéiques.

a) *Type diarrhéique*. Les troubles débutent par une diarrhée. Nous avons peu d'observations de cet exemple, généralement le malade prend pour des phénomènes diarrhéiques les nombreuses selles du syndrome rectal. Néanmoins dans l'obs. 8 ce début est noté. Dans les deux autres observations le début est douteux.

QUENU pense que la forme diarrhéique est assez rare à la période d'état (voir page 17), bien que ce type soit moins fréquent, il doit être cependant maintenu et, s'il est caractérisé par des selles répétées, alors que jusque là le cours des matières était normal, la possibilité d'un néoplasme recto-sigmoïdien doit être envisagée.

La diarrhée survient brusquement sur des sujets bien portants, à selles régulières. Un jour, ils présentent des envies fréquentées d'aller à la selle. On peut classer ces malades différemment, selon que l'on a à faire à une vraie ou une fausse diarrhée.

1°) *Diarrhée vraie*. — Les envies ne sont pas des faux besoins, car le malade évacue chaque fois une masse abondante. Mais celle-ci présente des caractères spéciaux. Ce n'est pas la selle diarrhéique commune mais bien l'évacuation d'une bouillie persis-

tante, jaunâtre avec des selles au nombre d'une quinzaine par jour (Obs. 20). Et ces caractères permettent de la différencier de la fausse diarrhée que nous allons examiner plus loin.

Ce type de début sera évidemment très difficile à dépister et d'autre part il devra être distingué des débâcles survenant dans l'obstruction chronique. Il caractérise ainsi deux stades excessivement distincts.

Nous devons donc insister dans l'interrogatoire, sur la durée de cette diarrhée, sur son apparition, en faisant préciser exactement les caractères des fèces antérieurs, alors que le sujet présentait une santé en apparence normale. Il faudra préciser les caractères exacts de cette diarrhée par l'examen attentif des selles, et de leur contenu. A cette bouillie purée semi-liquide, Notnagel a donné le nom de « diarrhée stercorale ». C'est une masse liquidienne, sans matière dure, bien homogène (Observ. 16).

Le mécanisme de cette diarrhée semble bien défini. Pour QUENU ce serait un phénomène réflexe, dû au passage des matières sur la muqueuse malade, qui produirait à partir de cette lésion primitive une hyper-sécrétion anormale portant sur tout le tractus intestinal et produisant, outre ce phénomène sécrétoire, un phénomène moteur d'hyperkinésie, cause de cette évacuation.

Le diagnostic exact de cette diarrhée présente un intérêt considérable aussi bien pour le traitement étiologique que pour le traitement symptomatique. Elle se montre excessivement rebelle. Les astringents n'agissent que faiblement sur elle et le médecin doit la connaître afin d'éviter de persévérer dans un traitement symptomatique qui cause une perte de temps préjudiciable au malade (Obs. 23). Ce manque d'actions est d'ailleurs heureux car une amélioration contentant le médecin ferait croire à une guérison et bientôt elle réapparaîtrait plus intense, plus rebelle qu'auparavant.

Autre écueil, comme l'ont cité Molière, Chaliar, la persistance de cette diarrhée rebelle, tendant à la chronicité, éloigne de l'idée du médecin le diagnostic de néoplasme.

2°) *Fausse diarrhée*. — On peut la qualifier ainsi car elle diffère à un examen tant soit peu attentif, de la précédente par son contenu. Si comme elle, elle provoque de nombreuses selles, avec une évacuation assez importante chaque fois, le contenu diffère pourtant, car ce ne sont que des matières dures, des scybales marquant une stase prononcée, mêlée à un liquide réactionnel. Ce sont des matières constipées diluées dans une abondante exsuda-

tion intestinale (Obs. 19). Elle se reconnaît aussi à la présence de mucus concrété qui nage au sein de ce liquide et traduit ainsi une stagnation importante.

Enfin elle peut revêtir une forme différente et au lieu de cette augmentation des selles, on peut avoir des évacuations fréquentes, non d'une masse plus ou moins liquide et abondante, mais de glaires sanguinolentes, de matières molles putrides.

Toutes ces diarrhées font croire à une entérite ou à une colite d'où traitement très long, toutes les ressources de la thérapeutique symptomatique entrant inutilement en jeu (Obs. 23).

B) *Constipation*. — Un autre type de malade remarque que ses selles se modifient, dans le sens de la rareté ou que sa constipation antérieure s'accroît : Observations 11, 12, 13). On peut distinguer deux groupes :

a) Tout d'abord le constipé habituel qui ne va à la selle que par purgatif et lavement et qui voit sa constipation devenir plus importante. Celle-ci est due à une inertie rectale, à une parésie motrice. Chez ces malades, évidemment, il sera difficile de faire préciser la date de l'augmentation des troubles, souvent ancienne et peu précise à la pensée du malade.

Cette accentuation semble suivre une évolution par poussée. Par période, la constipation devient plus opiniâtre, plus accentuée et comme le dit, Milton Fotte, rappelé par MONDOR, il semble qu'il y ait « des poussées aiguës de constipation sur un fond de constipation sur un fond de constipation chronique ».

Au lieu d'aller à la selle tous les deux ou trois jours, le laps de temps qui s'écoule entre deux selles devient beaucoup plus long. Le lavement expulsera une quantité de matières très importantes, marquant ainsi la stase effectuée pendant ce temps. Puis la constipation reprend son type habituel ; quelques temps après, elle s'aggrave à nouveau, avec une accentuation à chaque crise ; elle tend vers l'obstruction.

b) Le deuxième cas, est celui que nous trouvons le plus fréquemment où les malades ont attendu des périodes variables avant de venir consulter, un an (Obs. 11) quatre mois (Obs. 12). Dans l'obs. 13 on note des troubles depuis cinq ans. Dans l'obs. 17 il y a une constipation opiniâtre mais le malade ne s'en préoccupe guère. Ce ne sont que les douleurs qui l'amènent consulter.

La constipation survient chez des sujets à fonctions intestinales normales. Un jour leurs selles se raréfient, deviennent plus pénibles et disparaissent pendant quelque temps; le malade est traité par des purgatifs. Mais cette constipation évolue, elle réapparaît, s'accroît, et rapidement les phénomènes d'obstruction apparaissent. Ou bien l'intestin tente de forcer l'obstacle, n'y parvient guère et se dilate. Les gaz seuls sont expulsés, les débâcles provoquées par des laxatifs se produisent fétides, abondantes; mais cette constipation qui est fonctionnelle, mécanique, provoque une intoxication de l'organisme; elle se traduit par la dyspepsie stercorale de Gosselin avec anorexie, ballonnement, amaigrissement.

C) *Irrégularité des selles.* — Nous allons voir deux cas :

1°) Chez un sujet normal, apparaissent des alternatives de diarrhée et de constipation. C'est ce qui semble se produire dans les observations (6, 7, 8). Mais il nous faut immédiatement faire une subdivision, maintenant que nous connaissons bien les deux types de diarrhée. Les uns présentent des alternatives de diarrhée et de constipation, mais avec une vraie diarrhée, alors que les autres montrent une fausse diarrhée.

Dans l'observation 6, le malade, qui présentait une évacuation normale, est frappé des modifications qui surviennent dans ses selles. Mais il a attendu trop longtemps : deux ans environ avant de se faire examiner. Durant ce temps, ces troubles d'évacuation ne se sont pas modifiés, seules les douleurs sont venues compléter le tableau. Ces troubles ne sont donc pas influencés par le volume de la tumeur, puisqu'ils ne se sont ni accentués ni modifiés. Et pourtant ce malade présentait un rétrécissement qui bien que de marche lente, était tout de même assez important.

D'autre part, dans les observations à masse tumorale importante, même quand cette masse obstrue à peu près complètement la lumière intestinale, on ne note pas ces troubles. C'est donc, qu'ils relèvent bien, non du calibre du conduit, mais dans certains cas, de la maladie ou d'une forme anatomo-pathologique spéciale. Malheureusement nous n'avons pas assez d'observations pour nous permettre de conclure d'une façon plus nette.

Mais revenons à notre observation. Est-ce une forme à fausse diarrhée que nous notons ici ? Alors ce malade ne doit-il pas être rangé dans la forme précédente, n'est-il pas un constipé ? N'est-ce pas alors un genre spécial de ces formes à constipation ?

Ou bien est-ce une vraie diarrhée, dont nous verrons la signification plus loin. Les précisions nous manquent.

Dans l'obs. 6, est-ce le même genre ? Sous ces irrégularités, apparaît ici plutôt un syndrome rectal. Mais cette fois la forme macroscopique diffère; c'est une forme en chou-fleur atteignant la partie supérieure de l'ampoule. Est-ce cette extension qui a modifié la forme primitive, irrégulière pour la transformer en syndrome rectal ?

Dans l'observation 15, le syndrome n'est pas pur. Il vient s'ajouter des hémorragies et quelques signes rectaux. A-t-on affaire à une vraie diarrhée? Dans ce cas, c'est-à-dire à une observation du deuxième sous-groupe. Il est difficile de le dire ; les selles sont liquides, mais sont-elles homogènes, ou y a-t-il des scybales nageant dans une masse liquidienne.

De plus, il y a des douleurs. Mais tous ces signes n'ont fait faire que le diagnostic d'hémorroïdes (alors qu'au rectoscope on n'en découvre aucune). N'aurait-on pas pu porter un diagnostic exact et précoce.

2°) Le deuxième grand groupe se présente sous un type différent « l'alternance » ne se traduit pas avec la même régularité, une phase suivant l'autre. Il n'y a que deux phases, bien tranchées, mais qui peuvent apparaître et se succéder de façon inverse, d'où deux nouveaux sous-groupes :

a) La phase de constipation succède d'une façon définitive à une diarrhée habituelle. Ce sont des individus atteints de colite subaiguë, qui voient celle-ci se terminer presque soudainement, pour faire place à la constipation sans raison apparente ; c'est alors la constipation qui ouvre vraiment la scène et qui marque l'apparition du phénomène nouveau. Elle évoluera alors comme les formes à constipation.

b) La phase de diarrhée succède à une constipation normale pour le sujet. C'est ce que nous relevons dans l'obs. 31 où le sujet vient consulter pour une diarrhée actuelle. Mais à l'exposé nous reconnaissons, dans ce cas encore, la fausse diarrhée avec syndrome rectal.

Voyons ce que nous pourrons en retenir du point de vue pratique. Il nous faut éliminer la fausse diarrhée. Celle-ci apparaît plus souvent dans nos observations. Or ces observations en sont toutes, au minimum, à la période d'état. C'est donc dans ces cas-ci, comme dans les formes diarrhéïques pures à fausse diarrhée,

le même symptôme avec la même signification. C'est un symptôme tardif de la période d'état, due à une exsudation importante par stagnation des matières.

Que penser des deux autres formes ? Celle où la constipation définitive succède à la diarrhée, Elle semble avoir une valeur plus grande. D'abord son début est net et tranche bien sur le rythme habituel. De par là même si l'on en tient compte immédiatement, il peut nous permettre d'atteindre la lésion à ses débuts.

Quant aux alternatives de diarrhée vraie, et de constipation, elle semble avoir aussi une valeur diagnostique précoce importante. Elle semble être vraiment la forme de début avec la forme diarrhéique vraie et la forme à constipation.

Un compte plus grand devrait être tenu de ces modifications dans le cours des selles; elles ne semblent pas jugées à leur juste valeur, car, outre leur précocité, elles paraissent permettre d'envisager la probabilité de la lésion. Elles nous montrent la gravité de la lésion, le cas qu'on devrait en faire et elles devraient chez une personne d'âge mûr nous tenir en éveil et nous faire pratiquer immédiatement les examens complémentaires.

En dehors de ces signes de présomption, l'irrégularité des selles peut revêtir toutes formes. Ce ne sont plus les troubles dans les résultats, mais un trouble important dans la cause et le mécanisme de la défécation: c'est le ténisme, lésion pénible, irrégulière, fréquente.

Enfin, dans d'autres cas, malgré les efforts des malades peu de matières pourront être émises; ce sont, comme on l'a vu dans l'observation 14, des gaz, des mucosités, qui soulagent le malade car ils pouvaient causer des douleurs sourdes. De plus, ces efforts répétés peuvent provoquer avec la dureté des matières émises, surtout au cas de cancer friable, des traumatismes qui expliqueront la présence de sang.

Mais ces symptômes, de même que la non satisfaction ressentie par le malade, semblent des signes avancés. Il en est de même pour l'incontinence que présentent certains malades. ,

5°. — *LES SIGNES D'OBSTRUCTION CHRONIQUE.* — On a voulu faire des signes d'obstruction chronique, un signe précoce du cancer recto-sigmoïdien. Mais par suite de la lenteur de la striction et de l'obstruction de la lumière intestinale, il existe une longue période presque muette, mais durant laquelle de petits signes se manifestent: le malade n'y prête d'ailleurs à peu près pas atten-

tion. Obs. 30 et 31, et n'y prendre garde que le jour seulement où cette obstruction est à peu près complète. Dans d'autres cas, le malade vient consulter parce que son état général déjà profondément touché l'inquiète. Ou bien par ce que se sont surajoutés d'autres signes dus aux ulcérations néoplasiques.

L'obstruction est lentement progressive et procède par petites crises qui apparaissent de plus en plus fréquemment. Les signes physiques sont très nets, ils sont décrits la plupart du temps par le malade lui-même (Observation 51). Ils constituent le syndrome de Koenig avec perception de tumeur fantôme, de contractions* péristaltiques luttant contre l'obstacle, et auxquelles succèdent un affaissement et une sensation de bien-être, la douleur devenant alors plus diffuse et perdant son caractère de violence qu'elle avait pendant la crise. L'accès se termine, le malade revient à un état sensiblement normal jusqu'à ce qu'une nouvelle crise apparaisse. Il persiste néanmoins, dans les périodes de repos, un léger état douloureux, car l'intestin reste spasmé. Généralement à la suite d'une crise, le malade a un violent besoin d'aller à la selle; c'est à ce stade que surviennent les alternatives de diarrhée et de constipation que l'on a voulu décrire, comme signe de début et que nous avons précédemment signalées. Cette diarrhée est une véritable débacle qui succède à la constipation des jours précédents. Mais cette diarrhée est identifiée, à un examen attentif des matières, comme étant la fausse diarrhée précédemment décrite. Les matières restent dures et sont éliminées avec un abondant liquide d'exsudation.

Cette forme est la plus courante et il est rare que nous notions ces fèces rubanées, ces modifications de formes, cet aplatissement qui ont été plusieurs fois cités. Ces crises d'obstruction peuvent se renouveler à des intervalles plus ou moins rapprochés, et peuvent aboutir un jour au tableau d'occlusion complète. Ce stade, d'ailleurs, semble pouvoir survenir d'une façon brusque, lorsque l'obstruction est due non seulement à la tumeur, mais aussi à un corps étranger qui vient boucher la lumière intestinale restante. À ce moment-là quelques vomissements peuvent survenir, ce sont des nausées pénibles plus que de véritables vomissements. Les vomissements fécaloïdes, ne se rencontrent généralement pas. Un météorisme intestinal peut s'associer, diffus ou simplement localisé à la région cecale comme Clogg l'a signalé. Cette dilatation s'explique par l'anatomie; le coecum, n'ayant pas de méso qui le plaque et l'enserme, se distend. Mais ce tableau est très rare

actuellement. C'est une forme que l'on rencontre peu dans notre spécialité; c'est surtout la forme que connaissent les chirurgiens.

6°. *SIGNES GENERAUX.* — Chez la plupart de nos malades l'état général était fort peu touché, parfois même il était somptueux. Cette conservation de l'état général est la cause d'erreurs de diagnostic pour les médecins qui pensent encore que la cachexie cancéreuse est presque obligatoire. En général, les cancers épithéliaux provoquent une intoxication de l'organisme pouvant être utile au diagnostic. Mais le cancer recto-sigmoïdien est un de ceux qui peut rester le plus longtemps latent, et alors même qu'il ne se manifeste encore que par quelques troubles fonctionnels, être déjà absolument inopérable. C'est que ces cancers restent localisés, enveloppés par la séreuse; ce n'est que plus tard à la suite d'une diminution fonctionnelle de tout le tube digestif, caractérisée par une perte d'appétit, par une mauvaise haleine, par un état gastritique, que le malade s'affaiblit et perd du poids.

Mais cet amaigrissement, ces signes généraux sont peu nets, tardifs, alors que les symptômes graves de la fin de la période d'état: pertes sanguinolentes, faux besoins, mucosités, etc., existent depuis un certain temps. Il faut donc connaître ces signes mais ne pas compter sur eux. S'ils existent et sont précoces, ils aideront le diagnostic. Sinon, leur absence ne doit pas être retenue contre l'hypothèse de néoplasme. Et pourtant de par leur siège et de par leur nature, la déchéance et l'intoxication de leur organisme devraient être importantes.

II. — SIGNES PHYSIQUES

Ils seront vite passés en revue. Les examens de nos malades étant à peu négatifs, à part une légère douleur localisée dans la fosse iliaque.

INSPECTION : Elle est généralement infructueuse et cela tient au siège de la lésion, à sa forme et à l'état d'embompment que présente le sujet. Néanmoins on peut relever deux signes :

1°) *Le météorisme.*

a) Météorisme généralisé à tout l'abdomen qui est globuleux, distendu dans la forme occlusive.

b) Météorisme partiel qui est aussi un signe de sténose et dont l'absence ne saurait faire éliminer ce diagnostic. Il peut encore être une autre source d'erreurs en siégeant loin de l'obstacle.

2°) *Le péristaltisme* qui permet d'éliminer le diagnostic de colite muco-membraneuse (d'après BOAS, WITTENER, et FIECKEMANN).

PALPATION : elle doit être méthodique, se faire avec douceur. elle ne donnera d'ailleurs, que peu de renseignements. Elle permettra de localiser les douleurs ressenties par le malade, de percevoir une contracture, ou l'existence de gaz. Aussi a-t-on essayé d'obtenir de meilleurs résultats moyennant certaines précautions, en faisant mettre le malade dans différentes positions. Mais c'est seulement lorsqu'elle est associée au toucher rectal, les deux mains cherchant à se joindre, qu'elle peut arriver à donner quelques résultats. Tous les autres procédés sont inutiles.

CHAPITRE II. — TOUCHER RECTAL.

MATHIEU et SAVIGNAC ont créé une véritable croisade en faveur du toucher rectal, à bien juste titre, car à l'heure actuelle même il n'est pas assez pratiqué. Il éviterait pourtant bien des erreurs s'il était l'objet d'une pratique plus courante. MONDOR rappelle dans son livre de nombreuses erreurs diagnostiques commises par des maîtres de la médecine pour avoir omis ce moyen d'investigation.

Cependant, dans nos observations, le toucher rectal est peu souvent mentionné. Ce n'est pas que nous l'ayons oublié, mais c'est qu'il ne nous a pratiquement rien donné. Car le doigt ne peut atteindre que *très difficilement* les lésions situées à 10 cms de l'anus et qu'au-delà il lui est à peu près impossible de sentir des végétations ou une ulcération à un stade précoce.

Divers procédés ont été employés pour arriver à explorer une distance plus grande; KOCHER fait pousser le malade, KRASKE fait mettre le malade debout, la paroi abdominale contractée; HARTMANN préconise le palper abdominal combiné au toucher rectal, le bassin étant surélevé. Avec toutes ces techniques même si l'on parvenait à sentir quelque chose on ne pourrait le préciser ni le délimiter. De plus, il y a des variations journalières dues à des conditions diverses, météorisme plus ou moins accentué refoulant la charnière, poids des matières, invagination de la muqueuse.

MONDOR rapporte un fait qu'il a vérifié chez les différents malades et qui a été indiqué par S. HOCHENEGG et par M. DELBET; dans le cas de cancer recto-sigmoïdien sténosant que le doigt ne peut atteindre, il arrive que si l'ampoule est vide de matières, elle soit en revanche distendue par les gaz que laisse filtrer une sténose incomplète. Chez certains de nos malades nous avons eu cette impression que le doigt était dans une ampoule élargie et distendue par les gaz. M. DELBET donne comme explication: la sensibilité de la muqueuse rectale est éteinte, et les gaz peuvent la distendre sans provoquer le besoin d'expulsion.

En résumé, le toucher rectal, pour donner quelque chance supplémentaire de succès doit être fait :

- 1°) En décubitus dorsal;
- 2°) Dans une ampoule vide;

3°) A doigt nu ou avec un doigtier très mince;

4°) Combiné ou palper abdominal.

Mais ces conditions d'examen sont assez rarement satisfaites.

Une particularité est à signaler: pour les femmes, il est plus facile de faire un toucher vaginal combiné au toucher rectal. Mais en définitive malgré les quelques présomptions obtenues le toucher rectal donne peu de résultats. Cependant, dans tous les cas, il doit être le premier moyen d'investigation qui précède le complètement indispensable : l'endoscopie.

CHAPITRE III. — RECTOSCOPIE

C'est une méthode simple, sûre, rapide, et c'est la seule de toutes celles que nous avons vu et de celles que nous allons examiner, à qui nous puissions vraiment faire confiance.

Encore faut-il pour arriver à un diagnostic précoce qu'elle soit pratiquée, dès que le malade présente les symptômes du début. Et nous avons vu que c'était une cause importante du retard du diagnostic, si elle n'est pas pratiquée à temps. Dès que le malade vient consulter et qu'il présente des troubles de la défécation, le médecin doit pratiquer ou faire pratiquer un examen endoscopique, surtout lorsque l'examen clinique n'a pu fournir de résultats.

Nous croyons devoir insister et mettre en exergue ce point essentiel que la précocité du diagnostic sera à l'heure actuelle toujours fonction de la précocité de son intervention et que tout retard qui laissera le temps aux signes d'ulcération de se manifester, sera toujours fatal, rendant l'exérèse impossible.

Nous ne voulons pas insister sur l'instrumentation, ni sur la technique mise au point d'une façon parfaite par les travaux du Dr. BENS AUDE. Nous nous contenterons d'examiner les renseignements qu'elle nous fournit, d'abord à l'état normal, ensuite dans le cas de néoplasme.

A l'état normal à environ 11 cms (en pratique 10 à 14 cms. par suite de la distension et du refoulement des tissus) on note la présence d'une valvule semi-lunaire la valvule d'Houston qui marque la position de la charnière. Elle est parfois d'une grande importance car elle peut, dans certains cas, rendre très difficile, voire même impossible, le passage du rectoscope et cacher ainsi à l'œil de celui qui examine, la petite tumeur qui peut se développer en amont d'elle.

Dans les néoplasies: nous allons d'abord examiner les formes trouvées lors de nos recherches. Elles se résument d'ailleurs à deux, qui sont les plus fréquentes.

- 1°) La forme dite en chou-fleur ou forme végétante;
- 2°) La forme annulaire qui provoque un rétrécissement.

Nous ne nous contenterons pas d'examiner ces deux formes de la période d'état, mais nous rappellerons les autres formes, plus

rare d'ailleurs que l'ont peu retrouver. Puis nous essaierons, ce que nous n'avons pu obtenir, de reconstituer les formes de début.

1°) *Tumeur végétante* : a) C'est la forme la plus commune, telle qu'on la trouve dans la plupart de nos observations. On voit de petits mamelons pressés les uns contre les autres, ce sont les digitations cancéreuses plus ou moins pédiculées et ayant l'aspect de lobules polyédriques ou l'aspect classique en chou-fleur. Ces végétations ont une coloration rouge foncé, ils saignent au contact du tube. Vus au début, ils se seraient manifestés sous forme d'une petite tumeur implantée sur la paroi intestinale, paraissant blanc grisâtre et recouvert d'un liquide fétide. Il semble que ces végétations soient la caractéristique des néoplasmes relativement jeunes, car au niveau des muqueuses la tumeur n'est qu'une phase temporaire et des changements rapides interviennent provoquant de nombreuses ulcérations.

b) D'où le second type de tumeur végétante, *la forme ulcéro-végétante* que nous retrouvons dans l'observation 12, qui marque un stade avancé de la lésion et qui est caractérisée par une ulcération sanieuse, par une géode à fond gris sale, à bords inégaux garnis de bourgeons. Cette ulcération marque un stade déjà ancien, car en proliférant le centre de la tumeur dégénéré, se sphacèle et s'élimine.

c) Une troisième forme tumorale : la tumeur est alors lisse, arrondie, régulière, comme dans l'observation 1, de consistance dure et qui ne saigne pas. Mais on a alors à faire à un type histologique différent : c'est le *sarcome*.

Dans ces formes tumorales on peut parfois faire progresser le rectoscope au-delà de la lésion quand celle-ci est limitée à une partie de la lumière intestinale. Obs. 7. Lors du cathétérisme rétrograde, on sent un ressaut significatif. C'est que la tumeur est alors généralement mobile et ce fait a une importance très grande pour les chirurgiens. Cette mobilité peut être aussi appréciée par l'insufflation, alors que la tumeur est refoulée devant le tube. On peut ainsi se rendre compte de l'extension du processus et s'il a atteint, tout ou partie de la circonférence intestinale. Mais dans tous les autres cas, où la progression du rectoscope est difficile, même impossible, soit à cause du volume de la tumeur, soit qu'un spasme se surajoute, soit enfin du fait de l'induration des parois, il sera difficile d'obtenir un deuxième renseignement important : l'étendue de la lésion.

II). *La forme annulaire.* — C'est soit une forme précocement circonférentielle, soit l'extension à tout le segment colique de la lésion initiale. Ainsi envahissant, ce cancer présente une forme variable suivant les individus. C'est un squirre à proliférations en surface peu intense, où infiltration en profondeur peu étendue, sans végétations, sans ulcérations, d'où sa latence. Malheureusement il ne restera jamais tout à fait pur et une exulcération se produira. Néanmoins on peut trouver deux types, soit un étranglement précoce de hauteur variable et assez serré (Obs. 7 et 8), soit un étranglement appelé en ficelle où la lumière intestinale se rétrécit soudain par resserrement brusque et peu étendu : Obs.

Son volume est essentiellement inégal car il est lié à deux facteurs : à la prolifération cancéreuse d'abord, et à la scléro-lipomatose associée, ensuite, qui forme une sorte de manchon, de gangue masquant la portion néoplasique.

III) Une forme rare : *une ulcération pure.*

IV) La forme trouvée dans l'observation 3 et 4 : le « *cancer pédiculé* » est un cancer secondaire dû à la dégénérescence d'une tumeur bénigne, d'un polype.

Outre ces lésions principales, la rectoscopie va nous fournir des renseignements sur les lésions de voisinage, sur l'atteinte des régions adjacentes qui subissent en partie le contre-coup de ces lésions. Elle permet de constater les modifications de teinte de la muqueuse, les manifestations surajoutées telles que la présence d'un liquide sanieux, grisâtre, fétide, qui s'il vient à être enlevé, laisse voir une muqueuse d'aspect rouge sombre caractéristique, dont les limites avec la muqueuse saine sont difficiles à mettre en évidence.

Essayons maintenant de nous représenter ce que nous montrerait un examen rectoscopique, s'il nous était possible de voir une forme au début. A ce stade correspondait vraisemblablement la forme anatomique décrite par les différents auteurs sous le nom de cancer latéral, soit sous forme de plaque, soit sous l'apparence d'une végétation n'occupant qu'une faible étendue de la paroi intestinale. Encore ne faudrait-il pas les prendre, pour une forme au début, pour la zone d'extension d'un cancer plus haut situé. Leurs caractères se présentent d'ailleurs avec les attributs banaux, de la forme décrite à la période d'état.

Ces formes évoluent lentement et quand elles atteignent la période d'état, les plans profonds sont également touchés provoquant une sensation de rigidité, de dureté qui pourra à elle seule faire penser au cancer. Cette induration a été différenciée de celle des inflammations banales de la muqueuse, par le fait que le rectoscope ne pourrait progresser dans le premier cas.

Cette endoscopie nous permet donc de diagnostiquer précocément le cancer; dans une de nos observations (Obs. 32) elle nous a permis de déceler un néoplasme ignoré. Nous verrons plus loin qu'elle peut aussi infirmer le diagnostic du cancer là où il n'y a qu'une affection bénigne. Mais la première erreur est la plus importante : la méconnaissance d'un cancer existant. Cette éventualité est assez fréquente, lorsque l'examen est malaisé.

Interprétation. — Nous avons décrit les différentes formes que le rectoscope peut nous déceler, mais leur diagnostic n'est pas toujours évident. Aussi allons-nous envisager deux cas :

1°) Cas où le diagnostic s'impose.

Lorsque la masse bourgeonnante d'une forme en chou-fleur est découverte, sa morphologie, sa consistance et sa couleur nous permettent immédiatement un diagnostic certain. Rappelons les caractères principaux :

a) masse rouge bien délimitée;

b) saignant spontanément dès qu'on la touche, avec suintement persistant;

c) consistance dure mais différente de celle que l'on ressent dans les sigmoïdites tuberculeuses ou dysentériques, où la muqueuse semble glisser sur un plan induré et ne produit pas le grincement qu'on obtient dans le cancer.

d) La progression du rectoscope est presque impossible sauf si la tumeur est d'un très petit volume. Cette sténose se différencie des sténoses recto-coliques non cancéreuses qui sont circulaires, à lumière centrale; celle du cancer, a des bords durs et détermine un relief brusque sur la muqueuse saine.

2°) Cas où le diagnostic ne s'impose pas.

On peut, en effet, rencontrer trois obstacles : la tumeur est masquée par des matières fécales ou par des replis muqueux; il y a coexistence de deux affections rectales; la tumeur a un aspect qui n'est pas classique: ulcération, forme pédiculée.

a) Elle peut être masquée par une épaisse couche de matières qu'il est difficile de déterger, aussi lorsqu'au cours de la rectoscopie on notera des zones molles et non nettoyées, on ne devra pas passer outre mais les examiner comme les autres parties de la muqueuse, après avoir essayé avec un tampon, d'enlever ce qui gênait l'examen.

D'autre part, la muqueuse présentant des replis, les tissus étant flasques, le néoplasme pourra être invisible. Nous essayerons alors, de distendre les tissus par l'insufflation.

b) Forme associée. On a trop tendance à ne pas pratiquer un examen approfondi, et à attribuer à la première lésion rencontrée (hémorroïdes, fistules (Obs. 4), polypes, les troubles dont se plaint le malade.

c) Nous insisterons surtout sur la troisième difficulté tenant à l'aspect inhabituel de la lésion à la rectoscopie. Ce seront les formes :

1°) Ulcérée pure, au lieu de l'ulcère végétant : l'ulcération est nette, bien découpée, à fond régulier. Nous la distinguerons des ulcérations tuberculeuses, disentériques, par la dureté spéciale des bords. Mais cette forme est rare.

2°) Forme infiltrée, qui peut être primitive ou secondaire.

Le cancer primitif ne fait pas une tumeur saignante; c'est une plaque dure enchassée dans la paroi sans ulcération, sans végétation, ne provoquant pas d'hémorragie, et de couleur rouge violacée. La muqueuse est épaissie et ses plis sont modifiés. Ils sont espacés ou exagérés, ressemblant dans ces derniers cas à une muqueuse œdématiée, qui se distingue d'un œdème simple, par la dureté spéciale du tissu, contre lequel bute l'extrémité du tube. La sensation de soubressaut signalée plus haut est ressentie. Cette infiltration n'est d'ailleurs que le prolongement d'une tumeur susjacente, soupçonnable lorsque s'écoule un liquide séro-purulent ou hémorragiques. Cette forme est souvent une cause d'erreur; elle est confondue avec un coude de l'intestin ou inversement ce rétrécissement est pris pour un rétrécissement bénin.

Cancer infiltré secondaire : le cancer métastatique lorsqu'il se trouve au niveau de la charnière sigmoïdienne apparaît sous forme d'une saillie sur la paroi antérieure avec une muqueuse intacte sans aucun signe malin.

3°) Cancer pédiculé. Il faudra distinguer certaines végétations polypiformes, manifestations périphériques d'une tumeur étendue, des vrais polypes bénins, par une exploration soigneuse.

Mais la difficulté s'accroît quand ce même polype est en dégénérescence cancéreuse. Celle-ci peut d'ailleurs apparaître aussi sur toutes les autres tumeurs bénignes : adénomes, papillomes, tumeurs villosités. Le diagnostic au début est toujours difficile, car la transformation s'effectue généralement dans les parties profondes du polype, sans traduction extérieure.

De ce qui précède il ressort que la rectoscopie permet vraiment un diagnostic de cancer; c'est elle qui a augmenté la fréquence du diagnostic de ces néoplasmes, malheureusement malgré ces énormes avantages, la rectoscopie nous laisse quelques doutes.

Nous verrons au chapitre suivant un dernier procédé permettant de serrer encore de plus près le diagnostic et d'acquiescer une quasi certitude.

CHAPITRE IV. — LA BIOPSIE.

Un tort serait donc de croire qu'il suffit de pratiquer une endoscopie, pour reconnaître toutes les affections qui se présentent à l'examen. Il faut là aussi, savoir interpréter ce qui est vu. Mais, quand le doute persiste, la biopsie est le complément indispensable de la rectoscopie. Cette méthode facile, dont la valeur n'est plus discutée, est actuellement couramment employée. Néanmoins elle nécessite deux facteurs :

a) la rectoscopie est indispensable pour le prélèvement, qui doit être effectué sous le contrôle de la vue.

b) l'interprétation est parfois délicate, les lésions tumorales étant variées, et ayant tendance à devenir typiques. Elle doit être pratiquée aussi souvent qu'il est possible car aucune difficulté matérielle ne peut empêcher sa pratique.

Indications. — Elle sera préconisée lorsque les lésions seront typiques, lorsqu'on désirera avoir une confirmation du diagnostic, même lorsqu'il paraît évident. Elle pourra alors révéler une affection hybride.

Les contre-indications sont surtout d'ordre technique. Il est parfois difficile de faire un prélèvement, au cas par exemple, de lésion infiltrante ou d'ulcération. De préférence elle doit être réservée aux lésions saillantes, aux végétations intra-rectales, sinon l'on risque d'atteindre les plans profonds de la sous-muqueuse et de produire ainsi une zone de moindre résistance, pouvant se perforer. Enfin si les tissus sont congestionnés, l'hémorragie peut être importante surtout lorsqu'il existe de véritables nappes sanguines ou lorsque les capillaires sont dilatés.

Un autre inconvénient c'est que la biopsie peut être dangereuse en ouvrant la voie à l'infection.

Nous allons rappeler simplement les grandes lignes de la technique de la biopsie.

Lorsqu'au cours d'examen rectoscopique un point nous paraît suspect, si les conditions le permettent, un prélèvement devra être fait à ce niveau. Mais il faudra suivre certaines règles :

a) le choix du point de prélèvement : si la lésion est vaste, faire plusieurs prélèvements, en pleine zone cancéreuse. Si la lésion est limitée, faire porter le prélèvement à la limite des parties saines et des parties malades. Enfin, si l'on a affaire à une ulcération, faire le prélèvement sur le bord.

b) Mode de prélèvement : pas de préparation spéciale. Comme matériel, la pince coupante de Brunnings facile à manier, peu encombrante, peu traumatisante, car elle n'atteint que les plans superficiels ; de là vient un de ses défauts, elle laisse intacte les couches profondes, sièges des éléments caractéristiques.

c) Précautions après le prélèvement : généralement il ne se produit aucun incident. Le saignement est de peu d'importance.

d) Manipulation du fragment : elle est délicate car il est difficile de l'orienter. Celui-ci est envoyé au laboratoire.

e) L'examen: il ne faut pas lui demander plus qu'il ne peut donner; il est des cas favorables, où l'élément caractéristique est découvert. Dans nos observations la biopsie nous a toujours donné un résultat positif. Ce n'est que dans certains cas de dégénérescence de polype qu'elle peut donner un résultat négatif, les transformations s'effectuant d'abord profondément, et la biopsie n'ayant prélevé qu'un fragment superficiel sain.

Dans quelques cas, il n'en est pas ainsi, le prélèvement pouvant être défectueux. C'est ainsi que dans l'observation 32 il a fallu trois biopsies pour obtenir un résultat. La première nous a induit même en erreur en raison de son résultat négatif, la seconde était douteuse et la troisième seule nous a donné une certitude.

Là aussi ce mode d'examen doit être concilié avec la clinique, et si celle-ci nous fait penser à un néoplasme, il ne faut pas craindre à renouveler les prélèvements.

Et pourtant, même avec des conditions techniques pleinement satisfaites il est parfois difficile de conclure.

Dans l'ensemble, les caractères histologiques de ces tumeurs sont bien connus et nous ne nous proposons pas de les étudier. Néanmoins, nous rappellerons un fait qui, d'après OCHSENHIRT, a son importance: plus le cancer est malin, moins est marquée la différenciation de ses éléments et moins il y a de cellules à sécrétion muqueuse. Le nombre de ces cellules dans le cancer est inversement proportionnel au degré de malignité.

En résumé la biopsie rectale a une grosse valeur. Elle constitue un complément utile de toutes les autres méthodes d'exploration, et souvent, elle seule pourra nous donner un diagnostic précis et rapide. Malgré les difficultés de prélèvement elle doit généralement être pratiquée car elle est inoffensive et simple.

CHAPITRE V. — RADIOLOGIE.

Nous avons vu que le médecin avait coutume de demander après le toucher rectal, un examen radiologique et de le faire pratiquer avant l'examen endoscopique, contrairement à ce que nous faisons. Mais quel que soit l'ordre employé, à quelle méthode allons-nous avoir recours et quels résultats devons-nous en attendre ?

Trois moyens sont à notre disposition :

- 1°) l'absorption de la bouillie opaque, per os;
- 2°) le lavement bismuthé;
- 3°) l'examen après insufflation.

Avant de décrire ces procédés, insistons un peu sur la préparation du malade. Nous la jugeons importante, elle consiste à débarrasser l'intestin, de toutes les matières fécales, qui, par leur présence, peuvent être une source d'erreurs lors de l'interprétation du cliché. Donc, il faudra auparavant évacuer le colon de son contenu.

Ceci étant effectué, voyons chacun des procédés énumérés ci-dessus :

1°) les repas opaques : ils ont été l'objet de jugements divers, il semble qu'ils soient susceptibles d'un double reproche de valeur inégale :

a) ils demandent un certain temps avant d'avoir des résultats.

b) ces résultats sont bien incertains. Dans toutes nos observations, il est difficile et même impossible d'obtenir une imprégnation continue du colon. Le colon ascendant et le transverse se remplissent parfaitement bien, le descendant et le sigmoïde par contre, sont généralement mal imprégnés, bien que la tête de la colonne opaque soit dans le rectum. Il est difficile dans ce cas, de noter les altérations siégeant à ce niveau. Néanmoins de QUERVAIN, de Bâle, l'a considéré comme la méthode principale à laquelle, il adjoignait dans certains cas la deuxième méthode de lavement.

Disons cependant en sa faveur, que le repas est plus physiologique, montrant bien les arrêts et les sub-occlusions, mais dans

notre cas le repas opaque est nettement insuffisant, car il ne peut nous montrer les lésions au début.

2°) *Le lavement bismuthé :*

Premier avantage : il est fait au moment même de l'examen. Il est donné sous une faible pression, suffisante pour le faire pénétrer, cette pénétration est suivie sur l'écran, le malade étant en position couchée. Le liquide pénètre dans l'ampoule, la distend et traverse la charnière, où normalement il peut présenter un petit temps d'arrêt physiologique avant de pénétrer dans le sigmoïde. L'existence d'un rétrécissement, l'arrêt trop prolongé seront notés. Mais le lavement encourt le reproche de dilater l'intestin, de créer des courbes anormales, ce qui ne se produit pas d'ailleurs si le liquide est injecté lentement.

Il semble donc que cette méthode soit de loin supérieure à la précédente, permettant d'obtenir un diagnostic de la tumeur encore relativement petite, et d'une façon beaucoup plus précoce, que par la voix orale, qui peut laisser passer des rétrécissements et des lacunes décelables par le lavement. C'est du moins la méthode à laquelle nous donnons la préférence, et quand bien même nous faisons un transit pour examiner les parties supérieures du tube digestif, nous associons le lavement baryté qui, rejoignant la tête de la colonne opaque des repas barytés, nous permet d'avoir une imprégnation totale.

Mais le lavement est loin d'être parfait. Il peut nous induire en erreur, car il n'y a pas d'image caractéristique du cancer ; la forme la plus habituelle est bien la lacune mais son existence nécessite une masse déjà importante, l'image radiologique étant toujours en dessous de la vérité et représentant les lésions beaucoup plus petites qu'elles ne sont en réalité. Notre affirmation se base sur les nombreuses observations 7, 11, 12, 13, où sont notés un flou ou une petite lacune, alors que la tumeur vue au rectoscope a un volume imposant.

De plus, elle nous donne des images inexactes; ne montrant dans les observations 5 qu'un rétrécissement alors qu'il y a une forme en chou-fleur.

Dans d'autres cas, observation 7, le lavement ne passe pas alors que le tube rectoscopique progresse. Dans l'observation 31 le lavement est immédiatement rejeté.

Et pourtant dans ces cas la lésion est en pleine période d'état. Que nous montrera-t-elle donc au début ? Rien, même par

lavement et encore moins par repas opaques, qui, nous le répétons, ne sont d'aucune utilité dans l'exploration de cette région.

Aussi au début un médecin consulté et mis en éveil, renverra-t-il son malade, tranquilisé, ayant noté une image recto-sigmoïdienne normale alors qu'un cancer se développait mais n'était pas de taille suffisante pour se manifester.

D'autre part, la lacune n'est pas patho-gnomonique, puisque certains colites peuvent produire des pseudo-lacunes même dentelées.

C'est ainsi que dans les observations 7-14, la lacune est très vaste. Il y a bien un néoplasme, mais la lacune est trop vaste. Elle est ici due à une sigmoïdite associée.

3°) Troisième méthode: *insufflation*.

Aussi a-t-on préconisé, dans le but de saisir les lésions à des stades de plus en plus précoces, l'examen de l'intestin évacué et distendu par une insufflation rectale.

Enfin, dernière venue, la méthode d'imprégnation des muqueuses dont l'aide sera certainement importante bien que les difficultés d'interprétation soient encore sérieuses.

Interprétation: a) que nous montrent ces examens dans les différentes formes anatomiques du néoplasme ?

Nous avons vu qu'il était difficile, même impossible d'affirmer son existence au début, les rayons X ne donnant rien. Par conséquent il semble, comme nous ne le verrons plus loin que la radioscopie ne soit qu'un examen de contrôle et qu'elle doive céder le pas à d'autres procédés. Néanmoins, elle a un avantage c'est qu'elle nous permettra de compléter le diagnostic établi en nous permettant de limiter l'étendue de la lésion.

b) Dans les sténoses par contre elle pourra nous donner de précieux renseignements. Elle pourra nous montrer le point d'arrêt du bismuth. Mais nous ne devons pas nous contenter d'un seul examen; nous devons pratiquer des examens répétés, qui doivent nous donner des résultats analogues. A chaque examen le rectum étant rempli, et se remplissant même plus que normalement, le siège de la sténose doit demeurer constant, sans modifications.

D'autre fois en cas de sténose moins serrée, une petite quantité de liquide s'infiltrera, donnant un aspect dentelé en flamme de bougie (Observations: 5, 9, 15, 17) avant d'atteindre les parties saines sus-jacentes, généralement distendues. Ces images d'ailleurs

seront interprétées et radiographiées afin de pouvoir comparer les clichés.

c) Outre ces signes directs il semble que l'on puisse noter la présence d'un troisième signe, signe indirect mais assez fréquent: c'est le spasme intestinal, celui-ci peut-être, soit surajouté à l'obstacle (observation N° 24), soit précoce. Ces spasmes interviennent dans les phénomènes d'occlusion momentanée, car il permettent d'expliquer ainsi, la venue brusque de ces accidents, et leur disparition également rapide sous l'influence des anti-spasmodiques surtout la belladone et l'atropine.

Ces spasmes ont été constatés cliniquement aussi bien que radiologiquement. Le colon sus-jacent à la lésion peut-être contracturé parfois sur une assez grande longueur. C'est ce qu'a montré l'examen radiologique dans l'observation 24.

De plus, ils ont été vérifiés à l'intervention. Citons le cas récent de M. Mathieu, où l'on pensait à une lésion haute à droite, alors que le néoplasme était sigmoïdien. Cette erreur fut imputable à un spasme s'étendant sur tout le colon gauche et cause de l'obstruction.

Malgré ce, le diagnostic radiologique n'est pas sûr. Ne pourrions-nous pas acquérir une certitude plus grande par certaines modifications de technique ?

M. COLIEZ insiste sur ces incidences, pratiquement inemployées, et qui, en pratique, pourraient nous donner des résultats: ce sont les incidences latérales. Alors qu'elles sont utilisées d'une façon courante pour le cœur, il ne semble pas qu'il y ait d'étude radiographique systématique des colons en position transverse. Et pourtant celle-ci pourrait nous montrer les déviations de l'angle intestinal dans le plan sagittal, les fixations postérieures jointes aux rigidités segmentaires qui sont invisibles de face. En mettant le sujet en position transverse droite, on pourrait, le plan de l'écran se trouvant parallèle au plan de section de l'organe, mieux l'examiner que de face et voir ainsi la jonction de l'angle sigmoïde avec le rectum, si souvent caché lors des examens.

Enfin en employant une substance opaque pâteuse et en faisant des radiographies en différentes positions, on pourrait obtenir de meilleurs résultats, et mieux noter les déformations. Malheureusement ; malgré tous ces procédés, une petite tumeur au début pourra rester inaperçue même si les signes cliniques de son existence ont fait penser à elle dès les premiers stades — époque où nous voudrions dépister le néoplasme recto-sigmoïdien.

TROISIEME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — FORMES CLINIQUES.

Nous venons d'examiner la symptomatologie d'une façon analytique. Nous avons demandé à chaque procédé, ce que le médecin pouvait attendre de lui, pour arriver à une précocité plus grande dans le diagnostic. Mais cette dissection n'est pas absolument conforme à ce que nous trouvons en clinique, qui ne nous présente pas des signes bien isolés et toujours typiques, mais des ensembles touffus, enchevêtrés et sournois.

Notre but n'est pas de faire un rappel de toutes les formes cliniques du néo plasse recto-sigmoïdien, mais de signaler celles qui dans nos observations ont empêché un diagnostic précoce.

Nous distinguerons :

1° *Formes suivant l'âge*: nous en citerons qu'une, relevée dans l'observation 113: la forme de l'enfant. Cette forme est assez rare, elle est peu connue dans la littérature médicale. Néanmoins on doit y penser chez l'enfant présentant un syndrome rectal.

Nous pourrions signaler encore une forme chez l'adulte jeune, notamment dans deux cas: à 31 ans et 35 ans.

2° *Formes suivant les symptômes*:

a) *Forme typique*: Ce sont les nombreux cas à syndrome rectal où nous trouvons rassemblés les différents signes de la période d'état. C'est la forme à schéma classique avec constipation, glaires, mucosités, etc... Malheureusement ce sont des formes de cancer avancé et ce luxe de symptômes n'a presque plus d'importance.

b) *Forme mono-symptomatique*: autant de forme que de symptômes. Chacun d'eux pouvant être isolé ou prédominer suffisamment pour déterminer des formes spéciales: Formes hémorragiques, formes diarrhéïques, etc... C'est le genre de classification que nous avons adopté.

c) *Forme typique*: Ce sont des formes très intéressantes, car elles ne nous font guère penser au cancer; leur existence est pourtant actuellement bien connue.

Ce sera une forme de sigmoïdite aiguë (exemple de Bensaude) où rien dans les symptômes, le mode d'apparition, dans l'évolution ne pouvait faire soupçonner l'existence d'un cancer.

Des formes colitiques fébriles peuvent apparaître dans deux conditions: caractérisées uniquement par les symptômes locaux, ou bien tout au contraire par des symptômes généraux, les premiers manquant totalement. De plus la constatation de fièvre éloigne l'idée du cancer. Aussi ces formes sont-elles l'objet d'erreurs fréquentes de diagnostic, car, souvent, dans les formes dites latentes du cancer recto-sigmoïdien, existent des états colitiques à début aigu ou chronique, que l'on rapporte simplement à une entérocolite ou à une dysenterie.

Dans les formes à symptomatologie générale, l'erreur est inévitable, cependant dans les cas à évolution chronique, le diagnostic devrait être rapidement modifié, car il y a suffisamment de présomptions pour faire pratiquer immédiatement les différentes recherches nécessaires.

Tous les accidents colitiques qui débuent à une époque assez avancée de la vie, sans antécédents intestinaux, devraient être tenus pour suspects. Sans doute on évoquera souvent une toxoinfection. Mais lorsque les accidents persistent, puis reprennent, on doit émettre l'hypothèse d'une lésion locale.

De même, les formes dysentériques produites, sont trop souvent l'objet d'erreurs prolongées de diagnostics et on devrait sur le signe de ténisme marquant l'atteinte de la région recto-sigmoïdienne faire immédiatement une exploration adéquate.

Des formes entéro-urinaires ont été signalées, mises sur le compte d'une colibacillose d'origine intestinale, alors que les signes de cystite étaient dus à une propagande à la zone vésicale.

Dernièrement on a cité le cas d'un cancer recto-sigmoïdien méconnu, s'étant traduit par une large perforation en péritoine libre. Nous citons ce cas dont l'intérêt symptomatique est assez grand. C'était une forme ulcéreuse simple sans infiltration.

3° *Forme suivant le début*: On a distingué des formes à début lent apparaissant de différentes façons:

a) Constipation progressive: nous allons longuement insister sur elle et sur sa valeur.

b) Diarrhée habituelle ou par petits paroxysmes, celle-ci est beaucoup plus rare, elle alterne avec la constipation. Ces formes

peuvent d'ailleurs être rangées dans les formes mono-symptomatiques.

c) Forme d'anémie progressive.

d) Forme dyspeptique: C'est cette dyspepsie qui engage le malade à venir consulter. Il présente des nausées, des vomissements, des douleurs plus ou moins typiques qu'un traitement améliore pendant une certaine durée.

En dehors de ces formes à début lent on peut signaler des formes à début brusque:

a) par occlusion aiguë: lorsque le malade n'a pas prêté attention aux petits symptômes prémonitoires: observation 31.

b) Des formes à grandes crises diarrhéiques, se succédant à intervalles plus ou moins longs.

4° *Formes associées.*

a) A une tuberculose. La diarrhée dans ce cas et tous les autres troubles sont mis sur le compte d'une tuberculose intestinale et sûrement ces cas seraient diagnostiqués plus fréquemment, si l'on tenait compte qu'il n'y a pas incompatibilité entre eux.

b) Au diabète comme il a été noté dans nos observations.

c) A l'amibiase intestinale chronique mais cette association fera l'objet d'une étude spéciale.

CHAPITRE II. — DIAGNOSTIC

1° *Diagnostics positifs :*

Nous avons vu les erreurs et leurs causes, nous avons vu les symptômes, tardifs et précoces, en particulier ceux sur lesquels la confiance peut ou non être établie, les procédés d'exploration avec leurs qualités ou leurs défauts.

Ce qu'il faut faire découle de ces constatations. Il faut :

- 1° Penser au cancer pour aussi minimes que soient les signes.
- 2° Faire des examens corrects et suivant l'ordre chronologique indiqué.

Au début, les signes sont peu nombreux; relativement discrets et bénins, de sorte qu'ils ne seront pas, du moins au premier abord, considérés comme suffisamment sérieux pour provoquer des examens approfondis. C'est là, nous l'avons vu, une première faute dont les conséquences peuvent être graves.

Donc, lorsqu'un malade aux environs de la cinquantaine, se plaint de douleurs apparaissant dans le quart inférieur de l'abdomen, sans antécédents intestinaux, il ne faudra pas lui prescrire un traitement symptomatique en lui administrant un purgatif ou un calmant. L'interrogatoire devra tout d'abord être très serré, essayant de préciser l'époque d'apparition des premiers troubles, ce qui sera parfois difficile chez le malade où les garde-robes sont paresseuses. Il faudra aussi faire des examens de selles à plusieurs reprises.

De même lorsqu'un malade se présentera avec de petites crises d'obstruction il ne faudra pas attendre que les crises deviennent subintrantes, mais pratiquer l'examen radiographique qui permettra de limiter la tumeur, et de nous renseigner sur sa forme, sur son étendue.

Donc ces symptômes ayant fait penser au cancer, les examens seront faits, non pas dans l'ordre où ils sont pratiqués actuellement, mais dans celui que nous avons indiqué, toucher rectal, rectoscopie avec biopsie et enfin examen radiographique. De tous ces procédés la rectoscopie est le pivot.

Mais en pratique cela est assez difficile à réaliser pour le praticien ordinaire ou pour celui de campagne par exemple. Il

procédera un peu différemment. La présence des premiers symptômes, peu nets et peu caractéristiques, lui font poser un diagnostic simple tel que celui d'entérite, de colite, ou d'hémorroïdes et un traitement approprié est ordonné. Cette façon de faire peut-être raisonnable et compréhensible, à la condition qu'il ne persiste pas dans son diagnostic. Lorsque après une période de traitement d'une quinzaine de jours, les signes persisteront ou se seront très peu amendés, il devra alors demander l'examen complet que nous avons indiqué.

Mais nous allons voir quelles sont les raisons qui le poussent à agir ainsi et quels sont les diagnostics qui successivement seront éliminés. C'est donc le diagnostic différentiel qu'il nous faut envisager maintenant.

2° *Diagnostic différentiel*: Celui-ci se pose dans des conditions différentes suivant les périodes:

A) Voici d'abord les malades venant consulter pour un trouble de la défécation, apparu plus ou moins récemment et constitué par une des trois formes décrites.

En face de ces cas toute une série d'affections doit être éliminée.

a) C'est tout d'abord, la constipation chronique qui a tendance à devenir plus accentuée, à cette époque de la vie; elle nous rassure cependant par sa longue évolution. L'examen rectoscopique lèvera les doutes.

b) Ou bien ce sera la diarrhée qui fera penser à une entérite banale, mais elle est par trop souvent invoquée.

c) les hémorroïdes seront mises en cause et expliqueront facilement le sang éliminé en assez grande quantité.

d) les polypes sont ce qu'il y a de plus difficile à différencier. Ils présentent, en effet, à peu près les mêmes symptômes: syndrome rectal avec pertes de sang qui provoqueront chez le malade une anémie importante: tous symptômes qui ont tendance à les faire confondre avec un néoplasme.

La transformation cancéreuse de l'un d'eux n'est d'ailleurs pas rare comme nous avons pu le constater dans l'observation 2. Dans ce cas la rectoscopie seule fait le diagnostic, et montre la bénignité de la lésion, un prélèvement confirmant le diagnostic.

Ces derniers diagnostics différentiels sont surtout des diagnostics cliniques mais nous aurons aussi les diagnostics différentiels rectoscopiques à faire comme nous l'avons déjà indiqué dans le chapitre de la rectoscopie.

Il se fera d'abord: avec les sténoses recto-colites non cancéreuses, dont la lumière est généralement centrale et qui permettent le passage du rectoscope malgré l'induration du tissu.

Avec la polypose déjà citée plus haut.

Avec l'amibiase intestinale chronique. Diagnostic parfois très difficile par suite de certaines formes tumorales, qui feront longtemps hésiter et même ne seront pas reconnues en raison de la négativité de la biopsie. Un doute plane toujours : le prélèvement n'aura-t-il pas été fait en dehors de la zone néoplasique, sur sa périphérie par exemple ? Ce sera seulement l'influence du traitement joint à l'examen des selles, qui permettra d'éliminer l'élément néoplasique. Nous allons présenter trois observations où l'on verra qu'il est important de connaître ces formes pseudo-cancéreuses que peut revêtir l'amibiase et que les examens actuellement pratiqués ne peuvent nous faire soupçonner.

L'existence d'une imprégnation amibienne antérieure ne doit pas écarter absolument l'idée de néo-plasme, car il peut y avoir association des deux puisque l'amibiase fait souvent le lit au cancer. Nous résumons partiellement trois observations déjà publiées par M. le Professeur BAUMEL au congrès du Maroc de 1936.

1^{re} obs. — M. L... L..., 48 ans, Capitaine au long cours, a fait la guerre à Salonique, commande le port de Dakar. Vu en Mai 1930.

Première rectoscopie: difficile. Le tube pénètre à peine jusqu'à 15 cm. de l'anus. Il est impossible de pousser plus avant. Ulcérations nombreuses presque confluentes et en moyenne de la grosseur d'une pièce de 50 centimes. Ces ulcérations sont sanieuses, saignent au moindre contact.

La muqueuse est cartonnée, adhérente aux plans sous-jacents.

Au niveau du 15^{me} centimètre, proliférations en chou-fleur qui ne gênent par la progression du tube, mais celui-ci est arrêté dans sa progression par des spasmes violents.

Une biopsie pratiquée montre que la partie enlevée présente de la rectite hypertrophique et hyperplasique sans dégénérescence néoplasique.

Examen des selles : kystes tétragènes nombreux; quelques amibes vivantes.

Deuxième rectoscopie: Janvier 1931, après six mois de traitement anti-amibien. Le tube progresse jusqu'à 22 cm.

La muqueuse est rouge, congestionnée, tapissée de nombreuses glaires.

On pénètre difficilement dans l'anse sigmoïde. Les parois recto-sigmoïdiennes sont fortement indurées et cartonnées mais moins qu'au cours de la première rectoscopie. On progresse de quatre ou 5 cm. dans le segment sigmoïdien. On se heurte à un spasme d'une violence telle qu'on ne peut aller plus avant.

Sur tout le trajet parcouru il n'y a ni ulcérations, ni proliférations en chou-fleur. La muqueuse très fragile saigne abondamment au moindre contact.

Un catéthérisme rétrograde fait simplement noter l'existence d'un spasme très marqué du sphincter anal qui chasse violemment le rectoscope.

Troisième rectoscopie: Décembre 1932. Après un nouveau séjour aux colonies (Dakar) ou un traitement anti-amibien a été méthodiquement suivi pendant cette période, le tube rectoscopique pénètre facilement jusqu'à 35 cm. de l'anus.

Sur tout ce trajet la muqueuse est normale. Il existe seulement deux petits polypes qui se détachent parfaitement sur une muqueuse saine. Ils sont chacun de la grosseur d'un pois et se trouvent au niveau de la charnière recto-sigmoïdienne.

La muqueuse ne saigne ni à l'aller ni au retour du rectoscope. Les parois ont une souplesse à peu près normale. Les réactions hypertrophiques en chou-fleur ont disparu.

Entre temps amélioration de l'état général. Le poids passe de 48 kgs à 56 kgs. 7. Malheureusement, en Mars 1933, apparition d'un néoplasme du maxillaire inférieur, mort en octobre de la même année.

2^e obs. — Père Aub. 65 ans, a vécu pendant 30 ans de sa vie en Egypte et en Palestine. A eu la dysenterie il y a 30 ans.

Première rectoscopie: septembre 1932. Le tube pénètre difficilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale où on le fait progresser jusqu'au 20 cm. de l'anus.

Les parois recto-sigmoïdiennes sont très cartonnées. Il y a des spasmes très violents. La progression du tube est de plus en plus gênée et ne peut dépasser 20 cm. Muqueuse saine; de l'intestin écoulement abondant sanguino-purulent.

Examen des selles: kystes tétragènes et amibes.

Deuxième rectoscopie: Novembre 1932. Le tube pénètre jusqu'à 25 cm. Les parois recto-sigmoïdiennes saignent abondamment au passage de ce dernier. La muqueuse, la sous-muqueuse sont adhérentes aux plans sous-jacents. À bout de course proliférations en chou-fleur très importantes.

Une biopsie pratiquée montre qu'il s'agit de rectite hypertrophique avec hyperplasie sans dégénérescence néoplasique.

Troisième rectoscopie: Mars 1933. Le tube pénètre jusqu'à 35 cm. Muqueuse recto-sigmoïdienne normale. Parois souples. Disparition totale des proliférations et des ulcérations.

Malade revu en 1936, en parfait état. Poids initial 59 kilogrammes, poids actuel 84 et cependant en plus de l'amibiase intestinale chronique, le Père A... avait une hépatite amibienne sans abcès mais avec foie descendant jusqu'aux crêtes iliaques. Le foie est lui aussi redevenu normal. Il ne déborde pas le rebord des côtes.

3^e obs. — Cast... Marius, 30 ans, a fait son service militaire au Maroc et a eu la dysenterie amibienne en 1926. Traité. Pratiquement guéri, rentre en France son service terminé.

Première rectoscopie: Mai 1934, Muqueuse rouge, congestionnée, avec érosions superficielles en coups d'ongle, fragilité de la muqueuse qui saigne facilement au contact du tube.

Le rectum étant plein de l'eau du lavement mal rendu on ne pénètre pas plus avant.

Un cathétérisme rétrograde ne permet pas de faire d'autres constatations.

Examen des selles: ni kystes, ni parasites. Des examens antérieurs faits au Maroc avaient montré des amibes dysentériques.

Deuxième rectoscopie : Janvier 1936. Le tube rectoscopique pénètre facilement à travers le sphincter anal dans la cavité rectale. On le fait progresser sous le contrôle de la vue jusqu'à 10 cm. sur tout ce trajet la muqueuse est friable, nombreuses érosions en coups d'ongle.

Impossible de pousser le rectoscope plus avant. Existence à 10 cm. d'un rétrécissement très serré, médian, dont l'origine est à peine de la dimension d'une grosse tête d'épingle.

Un cathétérisme rétrograde ne permet pas d'autres constatations.

Examen des selles: ni kystes, ni parasites.

Entre la première et la deuxième rectoscopie en Avril 1935, occlusion intestinale, opérée d'urgence, anus iliaque gauche permanent. Le chirurgien ne s'est pas rendu compte de l'origine amibienne de cette occlusion.

CONCLUSIONS

Il nous a paru intéressant, non de reprendre toute la pathologie du néoplasme recto-sigmoïdien, mais d'essayer de dégager, en nous basant sur des observations personnelles et inédites, pourquoi ce néoplasme n'était pas diagnostiqué plus tôt, et quels moyens pourraient être employés pour modifier cet état de choses.

Le plus souvent le médecin sera consulté le premier à causes des troubles prémonitoires. C'est à lui de faire un diagnostic précoce, car de cette rapidité de diagnostic dépendra les chances de succès du traitement. En effet ce cancer peut-être considéré comme relativement bénin pendant une assez longue période, et laissant un état général satisfaisant; le malade pourra facilement faire les frais d'une intervention, mais celle-ci ne sera pas toujours acceptée pour cette même raison. D'où des résultats peu brillants.

Le médecin devra se rappeler :

Que le cancer peut revêtir des formes cliniques très variables.

Qu'il devra pratiquer des examens nécessaires dès qu'un trouble de la défécation surviendra,

Que la majorité des erreurs de diagnostic ou mieux que la plupart des retards de diagnostics sont imputables à un toucher rectal opportun mais négatif,

Que la radiographie ne nous donne pratiquement rien.

Que la rectoscopie, permettant de voir et de prélever un fragment est le moyen de diagnostic le plus sûr.

Les résultats déplorables, qu'il nous fût donné de constater au cours de notre travail, s'ils mettent en cause la responsabilité médicale sont aussi dûs à l'incompréhension coupable du malade contre lequel le médecin devra lutter de toute son influence.

BIBLIOGRAPHIE

CANCER RECTO-SIGMOIDIEN.

BAUMEL Jean. — *L'amibiase intestinale chronique* (Maroc Médical, 15 Mai 1936).

BAUMEL Jean. — *Maladie de Recklinghausen et cancer-sigmoïdien*. (Société des Sciences médicales 9-4-37).

BAUMEL Jean. — *L'Amibiase Intestinale chronique* (Arch. des Mies Ap. Dig., T. 27, N° 8, Oct. 1937).

BENSAUDE. — *Les modes d'apparition du cancer du rectum* (Arch. maladies ap. dig. 1929. T. XIX, p. 1015).

BENSAUDE. — *Cancer recto-sigmoïdien à forme de sigmoïdite aiguë*. (Arch. maladies ap. dig. 1929, T. XIX, p. 1015).

BENSAUDE. — *Les indications, la technique, et l'interprétation de la biopsie dans les tumeurs du rectum*. (Journal Chir. 1921, p. 211).

BENSAUDE. — *Thèse Paris 1937, n° 187. L'évolution cancéreuse des tumeurs bénignes du rectum*.

CAIN et BENSAUDE. — *Cancer du rectum secondaire à des tumeurs bénignes; et petits cancers primitifs du rectum* (Paris médical 3-4-37, p. 295).

A. CAIN. — *Les formes dysentériques du cancer recto-sigmoïdien, l'association de l'amibiase du cancer* (Journal médical franç. février 1929).

CHAUMET — *Traité de radio-diagnostic* (Paris, 1937. T. III, p. 89).

J. H. CLARK. — *Cancer of sigmoid and rectum in children and young adults* (Ann. surg. dec. 1926, n° 84, p. 833).

COLIEZ. — *Anatomie radiologique du recto-sigmoïde en position transverse* (Gazette médicale du Languedoc 1935 (2), p. 423).

DUCUING. — *Précis de cancérologie*, 1932, p. 668.

DURAND G. — *Le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien : ses difficultés, ses erreurs inévitables* (Gazette médicale de France, n° 1 janvier 1930).

DURAND G. — *Pour le diagnostic le moins tardif possible du cancer du rectum* (pratique médicale française, février 1936).

DURAND G. et BRUNIER. — *Le diagnostic du cancer recto-sigmoïdien formes « colitiques »* (l'hôpital, 9-1929, n° 247, p. 604).

GATELLIER. — *Radiologie clinique du tube digestif*, T. II.

GIRAULT. — *Thèse Paris*, 1914. 446. *Contribution à l'étude du cancer de l'Anse sigmoïde. Etudes clinique et diagnostique.*

GIRAULT. — *Anatomie pathologique du cancer du colon pelvien* (Arch. mal. ap. dig., tome 11, p. 260).

GIROD. — *Thèse Montpellier : De l'état général dans le cancer du rectum*, 1921.

GUICHARD et PAPONNET. — *Pseudo cancer sigmoïdien d'origine amibienne* (arch. M. ap. dig. et nutr. 1935, T. 25, p. 450).

P. HILLEMANT et J. MEZAND. — *A propos du diagnostic des cancers recto-sigmoïdien* (Gazette médicale de France 1-7-30, N° 11, p. 271).

J. P. LACKANT-NUMMERY et C. KUKES. — *Les états précancéreux dans le rectum et le colon* (Journal de chir. 1928, 1. 32, p. 485).

G. MAINGOT et SARRASEN. — *Valeur de la radiologie dans l'exploration des colons* (Presse médicale 1934, p. 133).

MARCO. — *Formes fébriles du cancer du rectum et intestin* (Thèse Paris 1926, n° 533).

MATHIEU. — *Cancer du gros intestin* (Gazette des hôpitaux Mai 1913, n° 60).

MATHIEU. — *Considération sur l'examen radiologique de l'occlusion intestinale d'origine cancéreuse* (Gazette des hôpitaux Juin 1913, n° 63, p. 123).

MONDOR. — *Cancer du rectum* (In. bibliothèque du cancer).

OCHSENHIRT. — *L'importance des cellules muqueuses dans le cancer rectal* (In surg. gyn. and obst. 1928). J. de Cl. 1929, T. 33, p. 103).

PAUCHET V. et LUQUET. — *Deux cas récents de cancer recto-sigmoïdien* (Société des chirg. de Paris 1932), nov.

ROUX. — *Le cancer du rectum chez les jeunes gens* (Thèse Paris 1932, N° 401).

SOLCARD. — *Cancer de l'anse sigmoïde*. Thèse.

SOLCARD. — *Cancer de l'anse sigmoïde*. Thèse. Bordeaux 1911-39: *Contribution à l'étude clinique et thérapeutique du cancer de l'anse sigmoïde*.

TIXIER. — *Cancer recto-sigmoïdien chez une femme de 34 ans*. (Lyon chirg. novembre 1934).

VITTOT. — *Cancer anulaire du rectum chez une tuberculeuse de 30 ans* (arch. mal. ap. dig. 1929, T. XIX, p. 1150).

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	9
<i>1^{re} PARTIE.</i>	
CH. I. — Généralités	11
CH. II. — Observations	13
CH. III. — Dédutions tirées de l'analyse des observations	47
<i>2^{me} PARTIE.</i>	
CH. I. — Symptomatologie	49
<i>a) signes fonctionnels :</i>	
1°) Douleurs	50
2°) Ecoulements, glaires et mucosités	51
3°) Hémorragies	52
4°) Troubles de la défécation	54
5°) Les signes d'obstruction chronique	59
6°) Signes généraux	61
<i>b) signes physiques</i>	<i>62</i>
CH. II. — Toucher rectal	63
CH. III. — Rectoscopie	65
CH. IV. — Biopsie	71
CH. V. — Radiologie	73
<i>3^{me} PARTIE.</i>	
CH. I. — Formes cliniques	77
CH. II. — Diagnostic	80
CONCLUSION	87



SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

